Rok XLIII. Kraków 4 Czerwca 1904. Nr. 23.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

## I. O źródłach indykanu w moczu [1]).

Podał

Dr. W. Moraczewski (Karlsbad).

Od czasu, jak nauczono się oznaczać indykan w moczu, utarło się przekonanie o jego pochodzeniu. Wiadomem było, że białka tworzą przy gniciu indol, że przy zaburzeniach kiszkowych indykan w kale wzrasta i wyciągnięto stąd najprostszy wniosek. Doświadczenia Baumana dowiodły, że przy podawaniu psom kalomelu ilość indykanu w moczu się zmniejsza; a chociaż nie było to działanie odkażające, jak przypuszczał Bauman, tylko skutek częstych wypróżnień, mimo to nawet z tem ograniczeniem doświadczenia przemawiały za wyłącznem pochodzeniem indykanu z gnicia kiszkowego.

Sprawa pozostawała na tym stopniu, dopóki wskutek rozpowszechnienia się jakościowego oznaczania indykanu nie wpadł w oczy kilku naraz badaczom fakt, że indykan w moczu szczególniej zwiększa się w przypadkach, w których zaburzeń kiszkowych niema wcale, a są natomiast zaburzenia wątroby (Rabaioli, Scotti, Weil). Jeżeli zebrać wszystkie te przypadki, które cechują się zwiększeniem indykanu w moczu, to przekonamy się o braku pozornie wszelkiego związku. Indykan w znacznej ilości bywa u dzieci, u kobiet ciężarnych, u chorych na dnę, na fosfaturyę, oksaluryę, cukrzycę, w charłactwie, w żółtaczce, w marskości wątroby i t. p. Niektóre z tych zjawisk starano się wyjaśnić dawną teoryą: wskazywano na mechaniczne utrudnienia ruchów kiszkowych w czasie ciąży, na wyłącznie mięsną dyetę chorych na cukrzycę, na brak kwasu solnego w przebiegu raka i blednicy, na wpływ odkażający żółci, na wpływ węglowodanów, które jakoby odkażają treść kiszek wytworzonym z cukru alkoholem.

Na inne tory wprowadził pytanie o indykanuryi E. Harnack, który z Elsą van der Leyen wykonał szereg doświadczeń na psach, traktowanych szczawianami. Psy takie miały pod wpływem szczawianów. wstrzykiwanych do żołądka lub pod skórę, wydzielać indykan w moczu w ilościach zwiększonych i wydzielenie to miało przetrwać czas podawania soli. Oznaczania indykanu nie robiono ilościowo, a oznaczenia ilościowe, wykonane w klinice Jaffégo, wyników Harnacka nie potwierdziły.

Ponieważ wówczas znana była metoda oznaczania ilościowego szczawianów w moczu, zatem podjąłem zadanie przeprowadzenia równoległych oznaczeń ilościowych indykanu i szczawianów przy rozmaitych dyetach. Jako przedmiot badania wybrałem cukrzycę, która się wyróżnia ilością indykanu w moczu. Wyniki przekonały mnie, że prawie zawsze ilość indykanu idzie w parze z ilością szczawianów, która przez szkołę berlińską poprzednio już przy rozmaitych dyetach oznaczona była. Uderzającą była zgodność, z jaką w prawidłowych i nieprawidłowych warunkach szczawiany oddziaływają na dodanie tłuszczow do jadła. Dodatek tłuszczu powiększa ich ilość więcej, niż dodatek mięsa. Dyeta, obfitująca w cukier, zmniejsza zarówno szczawiany, jak indykan. Doświadczenia szkoły Salkowskiego potwierdziły znaleziony przezemnie wpływ tłuszczów na szczawiany; doświadczenia zaś Bakmana wykazały zgodnie z mojemi, że tłuszcze stanowczo i wybitnie podnoszą ilość siarkanów związanych, które w parze chodzą z indykanem. Moglibyśmy zatem z całą śmiałością twierdzić, że tłuszcz powiększa indykan i szczawiany, a cukier zmniejsza wydzielanie obu tych składników. Po tych doświadczeniach zrobiłem zestawienie przypadków oksaluryi i indykanuryi, korzystając z materyału pracowni chemicznej i w 300 badanych przypadkach znalazłem 80% jednoczesnego występowania szczawianów i indykanu w moczu.

Doświadczenia wyżej przytoczone mogły nas przekonać, że pomiędzy wydzielaniem szczawianów i indykanu istnieje zależność, mogły naprowadzić nas na domysły, że proces, którego wynikiem jest wydzielenie szczawianów, może nie mieć nic wspólnego z gniciem w kiszkach; wszelako dowodu wyraźnego, że indykan ma prócz kiszkowego gnicia inne źródła, dać oczywiście nie potrafiły. Zarzucić można było, że szczawiany przechodzą jak indykan z kiszek do moczu drogą dyfuzyi (Wesener), ale ten zarzut łatwo się da usunąć, bo gnicie w kiszkach ma powiększać indykan, a bezwarunkowo zmniejsza ilość szczawianów (Klemperer i Tritschler), równoległości zatem spodziewać się nie można.

Tłuszcze mogłyby wpływać na szybkość chłonienia, na ilość wydzielanej żółci, której rola polega rzekomo na odkażaniu treści kiszkowej, słowem trzeba było postarać się o dowody więcej stanowcze.

Blumenthal, Lewin, Rosenheim, wychodząc z zasady, że indykan jest wytworem rozkładających się tkanek, zastrzykiwali królikom florydzynę i wywoływali cukromocz, przy którym ilość indykanu się powiększała; ale doświadczeniom tym poważne robiono zarzuty, a Elinger, podwiązujęc przewód kiszkowy u królików, wykazał raz jeszcze, że zatrzymanie kału wywołuje powiększenie indykanu.

Nie pozostawało tedy nic innego, jak oznaczać ilość indolu w kale i porównywać ją do ilości indykanu w moczu. Destylowanie kału w roztworze zasadowym i wytrzą-

[1]) Według odczytu wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem w Krakowie.

sanie destylatu eterem nie dawało wyników zgodnych; skorzystałem przeto z metody, wprowadzonej przez Schmidta i Baumstarka, która polega na wytworzeniu barwika z indolu.

Jeżeli 2—4 grm. stałego kału, albo 5—10 płynnego, rozetrzeć z 40 sz. cmt. alkoholu i z wyciągu przesączonego wziąć 10 sz. cnt., to można dodawszy 1 sz. cnt. pięcioprocentowego rozczynu dimetylamidobenzaldehydu i 10—20 kropli stężonego kwasu solnego (1,19), otrzymać przy silnem wstrząsaniu barwik czerwony, mający charakterystyczną smugę pochłonną przy D.

Schmidt polecał oznaczać ilość barwika przez rozcieńczenie do tego stopnia, przy którym smuga pochłonna znika. Z ilości dodanego alkoholu wnioskował o ilości indolu. Metodą tą oznaczał Schmidt indol w kale oraz indygo w moczu i doszedł do wyników, zupełnie nie dających się użyć. Może być, że jedną z przyczyn była wadliwość metody.

W moich doświadczeniach posługiwałem się tymi samymi odczynnikami i tym samym sposobem wytwarzania barwika, tylko ilość jego oznaczałem spektrofotometrem Glana, oznaczywszy poprzednio współczynnik pochłonięcia dla rozczynu czystego indolu. Współczynnik ten jest dla smugi D równy 0.000042. Ażeby mieć pewną kontrolę oznaczań i jednocześnie zbadać drugą zależność wzajemną: urobiliny w kale i w moczu, oznaczałem w wyciągu alkoholowym kwaśnym ilość hidrobilirubiny, której współczynnik podany jest dla smugi w zielonem równy 0.0000575. Jednocześnie oznaczałem w kale ilość azotu, oraz części stałych. W moczu oznaczałem sposobem Obermayera indykan, ważąc wyciągnięte chloroformem indygo i miareczkując je po rozpuszczeniu w kwasie siarkowym $^1/_{10}$ n. nadmanganianem potasu. Obok tego oznaczałem z moczu azot, siarkany związane i hidrobilirubinę, którą wyciągałem z wysolonego osadu alkoholem i oznaczałem spektrofotometrem.

Doświadczenia robiłem na osobniku zdrowym, trawiącym zupełnie prawidłowo. Podstawą doświadczeń była całodzienna ilość indolu i hidrobilirubiny w kale, oraz całodzienna ilość indyga i urobiliny z $2^1/_2$ litrów mleka i 500 chleba pewnego, stale używanego gatunku.

Wypróżnienie odbywało się codziennie; po 5 dniach żywiania się zbierano mocz z 24 godzin, poczem oddany kał używano do oznaczenia indolu i t. d.

To doświadczenie wykonywano w szeregu poszukiwań kilka razy w rozmaitych czasach. Jako dyetę białkową przyjęto taką, przy której obok wyżej wymienionego mleka i chleba, zjadano 100—200 grm. świeżego twarogu. Przy dyecie tłuszczowej używano obok podstawowej dyety 100—200 grm. masła. Dyetę cukrową stanowił dodatek 100—200 grm. cukru. Wreszcie przy dyecie mlecznej zatrzymywano kał w przeciągu 72 godzin, to znowu w innem doświadczeniu starano się oddawać kał 2—3 razy na dobę, aby ocenić wpływ zatrzymania kału. Każde z tych doświadczeń powtarzano w rozmaitych warunkach, naprz. ser po tłuszczach tłuszcze po serze, cukier po tłuszczach, cukier po mleku i chlebie itp.

Wyniki tych doświadczeń, które uważać należy za bardzo niekompletne i za tymczasowe, pozwoliły nam sprostować niektóre błędne mniemania, który stanowiły rodzaj pewników i dlatego tylko pozwalam sobie już teraz o doświadczeniach moich mówić[1]).

Przekonałem się: 1) że ilość indolu w kale nie jest stałą nawet przy tej samej dyecie, że przeciwnie, zmienia się pod wpływem nieznanych warunków, jak również ilość hidrobilirubiny. Przy jednostajnej mlecznej dyecie jest jednak ilość indolu w ścisłej zależności od ilości hidrobilirubiny, tak mianowicie, że przy zmniejszeniu się ostatniej w kale indol wzrasta. Stosunki te robią na mnie takie wrażenie, jak gdyby zależnie od ruchu, od poprzedzającego zmęczenia, słowem od nieobliczalnych warunków, wlewało się mniej albo więcej hidrobilirubiny (czy żółci?) do kiszek i zależnie od tego wytwarzało się więcej albo mniej indolu z tej samej ilości kału. 2) Zaprawiony pewną ilością hidrobilirubiny kał dalej psuć się nie może, indolu więcej nie wytwarza, choćby kał zatrzymywano w kiszkach nienormalnie długo. Stosownie do tego nie zmienia się przy takiem sztucznem zaparciu stolca ilość indykanu w moczu, (raczej się zmniejsza), ani w porównaniu z pierwszym dniem zatrzymania, ani w porównaniu z ilością, oznaczoną w innych doświadczeniach. Przyjęte powszechnie zdanie, że każde zaparcie stolca prowadzi do indykanuryi, jest błędne i winno być wygłaszane z pewnemi zastrzeżeniami. 3) Rozmaite części kału zawierają zmienne ilości indolu. Ostatnia porcya oddana zawiera mniej, niż pierwsza, dlatego trzeba nietylko kał mieszać dokładnie, ale prócz tego nie ograniczać się nigdy do jednej próby. 4) Nadmiar białka wpływa na zwiększenie się hidrobilirubiny, zatem ilość indolu nie jest tak wielka, jakby się przy tej ilości azotu w kale spodziewać należało. 5) Nadmiar tłuszczu powoduje (czy towarzyszy tylko) zmniejszenie hidrobilirubiny, stąd stosunkowo duża ilość indolu w kale. 6) Nadmiar cukru powoduje wprawdzie zmniejszenie hidrobilirubiny, ale zmniejszenie to nie odpowiada w żadnym razie olbrzymiemu powiększeniu ilości indolu. Przy dyecie cukrowej indol odsetkowo i bezwzględnie wzrasta w trójnasób, przyczem indykan w moczu żadnej nie ulega zmianie. Owo odkażanie kału jest zatem domysłem, którego potwierdzić doświadczeniem nie można. Przeciwnie cukier zdaje się dodawać energii gniciu, bądź jako dobra pożywka, bądź modyfikując chemizm rozkładu. W każdym razie śladów tego indolu w moczu nie znajdujemy, ani w pierwszym dniu żywienia się cukrem, ani w następnych.

W doświadczeniach tych przypisywałem świadomie wiele znaczenia hidrobilirubinie, rozumiejąc, że jako składnik żółci nie jest bez wpływu na gnicie w kiszkach.

Starałem się zatem rozpatrywać wyniki ze stanowiska teoryi dawnej; jednakże nie daje się ona pogodzić z wynikami, otrzymanymi przy dyecie tłuszczowej i cukrowej. Mimo bowiem wielkiej ilości indolu w kale, jaką przy karmieniu się cukrem spotykamy, ilość indykanu w moczu się nie zmienia, a zdaniem innych autorów nawet spada. Musimy zatem przypuszczać, że ogólne procesy spalania, które zmieniamy dyetą tłuszczową lub cukrową, prowadzą do większego lub mniejszego wytwarzania indykanu, którego wyrazem jest wydzielenie w moczu. Z tego punktu widzenia indykanurya w skazach moczanowej, cukrowej i t. d. byłaby łatwiej zrozumiała; zrozumiałem byłoby także, dla-

[1]) H. Ury D. Med. Woch. str. 700. 1904. doszedł do wyników zgodnych zupełnie z mojemi.

czego pewne sposoby żywienia, dlaczego dodanie zasad jednocześnie zmienia wydzielenie ciał tak różnych, jak szczawiany i indykan.

Stojąc jednak na stanowisku przeciwnej teoryi, nie mogłem nigdzie znaleźć objaśnienia dla niektórych zjawisk, a jedyną pomocą była domniemana rola żółci, o której ilość hidrobilirubiny świadczyć miała. Dla wyjaśnienia sobie tej roli rozpocząłem badania nad chorymi, którzy cierpią na brak żółci w kale. Tu indol w kale miał szczególniej być rozwinięty i stąd wielkie ilości indykanu, napotykane w moczu. W rzeczywistości sprawa wygląda zupełnie inaczej. Indykanu w moczu jest wprawdzie dużo, ale indolu w kale bardzo mało. Są przypadki, gdzie indol w kale jest prawidłowy, albo nawet duży, jeżeli uwzględnić ubogą w białko dyetę szpitalną, ale nigdy nie dochodzi nawet do $^1/_5$ części tego, co spotykamy w dyecie cukrowej. Są natomiast przypadki, gdzie indol w kale jest bardzo słabo zaznaczony, a mimo to indykanu w moczu jest bardzo dużo. Badanie stosunku indolu kału do indykanu w moczu u chorych utwierdziło mnie w przekonaniu, że prostą dyfuzyą indolu do moczu indykanuryi wytłómaczyć nie można.

Przyjęte powszechnie ogólnikowe twierdzenia o wpływie cukrów i wpływie zatrzymania kału polegały na niedokładnej obserwwacyi, albo mówiąc wyraźniej, wcale uzasadnione nie były. Przy dalszych badaniach uda się może wytworzyć w szeregu chorobliwych indykanuryi pewne grupy, któreby pozwalały domyślać się, jakie prawa rządzą wydzielaniem indykanu. Na razie wyniki nasze ograniczają się do sprostowania niektórych błędów i do utwierdzenia nas w przekonaniu, że przeciwnicy teoryi dyfuzyi, jako jedynego źródła indykanu, może mają słuszność.

---

II. Z kliniki lekarskiej Prof. A. Gluzińskiego we Lwowie.

## Wpływ truskawieckiej wody zwanej „Naftusia“ [1]) na przemianę materyi u ludzi zdrowych i dotkniętych skazą moczanową (diathesis uratica).

Podał
Dr. Tadeusz Praschil
lekarz zdrojowy w Truskawcu.

Dodatnie wyniki, które niezaprzeczenie stwierdzono u chorych ze skazą moczanową w Truskawcu przy piciu „Naftusi“, opierały się, jak dotąd, na czystym empiryzmie, a nie były poparte żadnemi badaniami naukowemi.

Zachęcany kilkakrotnie przez prof. Gluzińskiego do przeprowadzenia szeregu badań w tym kierunku, dopiero w tym roku byłem w stanie dokonać w lwowskiej klinice lekarskiej pierwszy ich szereg, a mianowicie przeprowadzić badania nad przemianą materyi pod wpływem picia „Naftusi“. Do doświadczeń swoich otrzymywałem codziennie wodę, świeżo czerpaną i przesyłaną koleją w szczelnie zakorkowanych butelkach.

W pierwszej części tych doświadczeń badałem wpływ „Naftusi“ na przemianę materyi u ludzi zdrowych, w drugiej u ludzi, dotkniętych skazą moczanową.

### A) Działanie „Naftusi“ u ludzi zdrowych.

W jednym przypadku obserwacya trwała dni 9, w drugim 12. W pierwszym przedmiotem badania był zupełnie zdrowy dozorca kliniczny, liczący lat 22; w drugim zaś słuchacz IV roku medycyny, również zupełnie zdrowy, w wieku 21 lat. Tak jeden, jak i drugi, przez cały czas badania nie zmieniali sposobu życia, zachowali jednak obaj przez ciąg badania ilościowo i jakościowo jednostajną dyetę, pierwszy — dyetę zwykłą mieszaną z przewagą pokarmów mącznych i jarzyn (dyeta dozorców klinicznych), drugi bardzo ścisłą (co do jakości i ilości) mięszaną dyetę z 500 gramami mięsa wołowego dziennie.

Przy badaniu zwracałem uwagę na ilość, odczyn i ciężar właściwy moczu, dalej na ilość azotu ogólnego i wydzielonego, jako: mocznik, amoniak i kwas moczowy; resztę zaś azotu (kreatynina, ciała ksantynowe i t. d.) oznaczałem rachunkiem. Również oznaczałem szczegółowo w obu przypadkach codziennie kwas moczowy; ilość składników stałych, rozpuszczonych w moczu, obliczyłem według współczynnika Haessera (2·33), zaś mocznik i amoniak wyrachowałem z oznaczeń, dotyczących liczb azotu. Nadto w przypadku pierwszym oznaczyłem oprócz substancyi azotowych, kwas szczawiowy, wapno, magnezyę, fosfor i chlor.

Co do metod badania, to posługiwałem się przy oznaczaniu azotu sposobem Kjeldahla, mocznika metodą Mörnera i Sjöqvista, amoniaku sposobem Schlössinga, do oznaczenia kwasu moczowego używałem metody Denigèsa, do kwasu szczawiowego sposobu Salkowskiego, do fosforu ($P_2O_5$) miareczkowania octanem uranu, do oznaczenia magnezyi i wapna sposobu wagowego Neubauera, wreszcie przy oznaczaniu chloru (NaCl) miareczkowania azotanem srebrowym.

Pierwszy badany (dozorca), — nazwijmy go *A* — pił przez pierwszych 3 dni codziennie po 1 litrze zwykłej wody

---

[1]) Woda ze zdroju »Nafta« w Truskawcu, powszechnie »Naftusią« zwana, posiada według rozbioru Prof Radziszewskiego przy ciepłocie 14·3° ciężar gatunkowy 1·003 i zawiera w 1000 częściach następujące stałe składniki:

| | |
|---|---|
| Dwuwęglanu sodowego | 0·14488 |
| „ magnowego | 0 02050 |
| „ wapniowego | 0·38890 |
| „ żelazowego | 0 00371 |
| Siarkanu magnowego | 0·11617 |
| „ wapniowego | 0 02082 |
| Chlorku magnowego | 0·02804 |
| Soli potasowych | ślad |
| „ litowych | ślad |
| Bezwodnika krzemowego | 0 01169 |
| Kwasu węglowego wolnego | 0 07423 |
| Ciał organicznych żywicowatych | 0 03779 |
| Razem stałych składników | 0 84673. |

Z rozbioru powyższego wynika, że jest to słaba szczawa (37 65 ctm.³ $CO_2$) alkaliczna (dwuwęglany), a jeśli uwzględnimy równżnie zawarty w niej wapń (siarkan i węglan), tudzież siarkan magnowy, możnaby ją określić jako słabą szczawę alkaliczno-ziemno-gorzką. Ciepłota wody w źródle stale wynosi 10° C.

Po przełknięciu pozostawia »Naftusia« w ustach krótkotrwały posmak i woń siarkowodoru. Jednakże ani dawniejszy rozbiór Torosiewicza (z r. 1835), ani świeższy Radziszewskiego, nie wykazuje w niej wolnego siarkowodoru jakoteż siarczków. Torosiewicz odnosił woń tę do »zapachu oleju skalnego«, a więc nafty (skąd nazwa zdroju „Naftusia“); Radziszewski zaś przypuszcza, że $H_2S$ nie jest »gotowym« składnikiem tej wody, lecz się w niej dopiero tworzy pod wpływem działania zawartych w »Naftusi« ciał żywicowatych na siarkany w obecności wolnego $CO_2$.

(z wodociągów lwowskich), przez 6 następnych „Naftusię“ z transportu codziennie świeżego, w takiej samej ilości; — drugi, powiedzmy *B*, również w 3 pierwszych dniach używał wody zwyczajnej, w 6 następnych „Naftusi“ z transportów dawniejszych (zakorkowane butelki stały w klinice 3—4 tygodni), wreszcie w 3 ostatnich znowu wodę zwyczajną, — zawsze w ilości 1 litra na dobę.

Oddziaływanie moczu w obu przypadkach było stale kwaśne bez względu na rodzaj wypitej wody.

W celu uproszczenia obliczeń, podzieliłem czas badania w przypadkach *A* i *B* na 3-dniowe okresy, biorąc za podstawę swych uwag liczby przeciętne z tych okresów. Okresy pierwszy i czwarty dają wyniki przeciętnie z picia wody zwyczajnej, drugie i trzecie zaś daty, dotyczące działania „Naftusi“ [2]).

Ilość moczu wynosiła przeciętnie:

| | | *A* | *B* |
|---|---|---|---|
| I. | przy wodzie zwyczajnej | 1610 ctm.[3] | 1230 ctm.[3] |
| II. | „ „Naftusi“ | 2550 „ | 1430 „ |
| III. | „ „ | 2365 „ | 1390 „ |
| IV. | „ wodzie zwyczajnej | — „ | 1430 „ |

Z zestawienia powyższego wynika, że u ludzi zdrowych „Naftusia“ świeża w porównaniu do wody zwyczajnej działa więcej moczopędnie, z początku wybitniej (prawie o litr moczu więcej), później nieco słabiej (750 ctm.), — dawniejsza zaś (3-tygodniowa) „Naftusia“ zwiększa tylko z początku w małym stopniu ilość moczu, później zaś zachowuje się, jak woda zwyczajna.

Największa ilość moczu u *A* była 3-go dnia podawania „Naftusi“, bo 3320 ctm.; u *B* zaraz 1-go dnia, mianowicie 1640 ctm.

Ciężar gatunkowy moczu był niższym przy piciu „Naftusi“, a to odpowiednio do zwiększonej wtedy ilości moczu

Ilość stałych składników rozpuszczonych w moczu wynosiła przeciętnie:

| | | *A* | *B* |
|---|---|---|---|
| I. | przy wodzie zwyczajnej | 64·5 grm. | 66·3 grm. |
| II. | „ „Naftusi“ | 87·7 „ | 69·5 „ |
| III. | „ „ | 80·8 „ | 70·8 „ |
| IV. | „ wodzie zwyczajnej | — „ | 76·1 „ |

Liczby z ilości stałych składników w okresach II i III. (wpływ „Naftusi“) świadczą o wypłókiwaniu energiczniejszem ustroju, niż w okresach I. i IV. Wypłókiwanie to trwa króciej w przypadku *A* („Naftusia“ świeża), dłużej w przypadku *B* („Naftusia“ dawniejsza). Liczba okresu IV. (woda zwykła) u *B* pozwala wnosić, że ustrój znajdował się jeszcze pod wpływem poprzednio wypitej „Naftusi.“

Ilość ogólnego azotu, wydzielonego z moczem przeciętnie wynosiła:

| | | *A* | *B* |
|---|---|---|---|
| I. | przy wodzie zwyczajnej | 11·7 grm. | 16·5 grm. |
| II. | „ „Naftusi | 18·6 „ | 20·0 „ |
| III. | „ „ | 13·7 „ | 20·5 „ |
| IV. | „ wodzie zwyczajnej | — „ | 17·8 „ |

[2]) Według dotychczasowych zapatrywań, działanie »Naftusi« występuje jedynie przy piciu jej u źródła w Truskawcu, lub co najwyżej w 24 godzin po zaczerpnięciu; natomiast dawniejsza „Naftusia“ ma zupełnie nie działać, jest więc wodą, nie dającą się transportować.

Z tego wypadało:

| | | *A* | *B* |
|---|---|---|---|
| 1. na azot mocznika: | I. | 9·86 grm. | 15·0 grm. |
| | II. | 15·45 „ | 18·0 „ |
| | III. | 12·21 „ | 18·5 „ |
| | IV. | — „ | 15·8 „ |
| 2. na azot amoniaku: | I. | 0·277 grm. | 0·331 grm. |
| | II. | 0·414 „ | 0·403 „ |
| | III. | 0·364 „ | 0·410 „ |
| | IV. | — „ | 0·442 „ |
| 3. na azot kwasu moczowego: | I. | 0·247 grm. | 0·272 grm. |
| | II. | 0·287 „ | 0·319 „ |
| | III. | 0·257 „ | 0·327 „ |
| | IV. | — „ | 0·288 „ |
| 4. na azot reszty ciał azotowych (kreatyniny, ciał ksantynowych i t. d.): | I. | 1·32 grm. | 0·91 grm. |
| | II. | 2·08 „ | 1·29 „ |
| | III. | 0·84 „ | 1·21 „ |
| | IV. | — „ | 1·54 „ |

Z dat tych widzimy, że wogóle wydzielanie azotu i niektórych ciał azotowych większe jest przy piciu „Naftusi“ (zwłaszcza z początku), niż przy wodzie zwyczajnej. Wzajemny stosunek tych ciał azotowych do siebie i do azotu ogólnego uwidocznia niżej podana tabelka, uwzględniająca odsetkowe zachowanie się N w ciałach azotowych (w odniesieniu do liczb N ogólnego jako 100).

Na 100 części azotu ogólnego wypada procentowo na N

| przy wodzie | w okresie | Mocznika *A* | Mocznika *B* | Amoniaku *A* | Amoniaku *B* | Kwasu moczowego *A* | Kwasu moczowego *B* | Reszty ciał azotowych *A* | Reszty ciał azotowych *B* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| zwykłej | I. | 84·4% | 90·1% | 2·38% | 2·0% | 2·13% | 1·7% | 11·09% | 6·2% |
| „Naftusi“ | II. | 85·0% | 89·7% | 2·26% | 2·0% | 1·64% | 1·6% | 11·36% | 6·7% |
| „Naftusi“ | III. | 89·4% | 90·0% | 2·62% | 1·9% | 1·94% | 1·6% | 6·08% | 6·5% |
| zwykłej | IV. | — | 88·6% | — | 2·5% | — | 1·6% | — | 7·3% |

Z zestawienia powyższego widać, że pod wpływem „Naftusi“ zwiększa się w moczu nieco ilość N, opuszczaja-

cego ustrój w postaci mocznika (szczególnie w przypadku *A*), natomiast zmniejsza się ilość N pod postacią kwasu moczowego (*A* i *B*) i reszty substancyi azotowych (*A* i *B* IV.), z wyjątkiem azotu $NH_3$, który przez cały czas spostrzeżenia pozostaje mniej więcej w tych samych granicach.

Wnioski, jakieby można z tego zestawienia wyciągnąć, byłyby, że „Naftusia" (zarówno świeża jak i dawniejsza), podawana w ilości 1 litra na dobę, przyczynia się u ludzi zdrowych czy to do lepszego utlenienia w ustroju pobranych z pokarmami substancyi białkowych (tak pochodzenia roślinnego — *A*, jak i zwierzęcego *B*), czy też do lepszego wypłokania ustroju, gdyż najwyższy szczebel w szeregu przemiany substancyi białkowych, t. j. mocznik, wzrasta w czasie picia „Naftusi", przy równoczesnem zmniejszaniu się kwasu moczowego (*A* i *B*), a prawdopodobnie i ciał ksantynowych (*A* III. i *B* IV.), zawartych w „reszcie azotu."

Jeżeli jednak uwzględnimy nie odsetkową ilość N, zawartą w kwasie moczowym, lecz całkowitą ilość kwasu moczowego, która wynosi na dobę przeciętnie:

| | | *A* | *B* |
|---|---|---|---|
| I. | przy wodzie zwyczajnej . | 0·74 grm. | 0·82 grm. |
| II. | „ „Naftusi" . . . . | 0·86 „ | 0·96 „ |
| III. | „ „ . . . . | 0·77 „ | 0·98 „ |
| IV. | „ wodzie zwyczajnej . | — „ | 0·86 „ |

to widzimy, że całkowita ilość wydalonego pod wpływem „Naftusi" kwasu moczowego, tak w przypadku *A* jak i *B* w obydwu okresach picia tej wody (II. i III. okres), zawsze była większą, niż przy piciu wody zwyczajnej (I. i IV.).

Co do kwasu szczawiowego, CaO, MgO, $P_2O_5$ i NaCl, to ilość kwasu szczawiowego i magnezyi nie ulega zmianie w okresie picia „Naftusi", a fosfor i chlor opuszczają ustrój z moczem (zwłaszcza w pierwszych dniach) w większej ilości, aniżeli przy wypiciu takiej samej ilości wody zwykłej, wapno zaś stale zwiększa się, co częściowo odpowiadałoby zawartości soli wapniowych w wodzie truskawieckiej.

Waga ciała w obu przypadkach utrzymywała się podczas całego badania mniej więcej w tych samych granicach: $A = 64$, 64·7, i 64·5 kg., $B = 62·5$, 62·6, 62·4 i 62·5 kg.

Wyniki działania „Naftusi" na ustrój prawidłowy nie różnią się zatem zbytnio od wyników, otrzymanych przez różnych badaczy (Oppenheim, Mayer) przy podawaniu wody zwykłej w nadmiarze. Zarówno ilość substancyi azotowych, jak i ilość soli wzrasta w moczu tylko do pewnej granicy, poczem (po kilku dniach) ustrój, pomimo podawania tychsamych ilości „Naftusi", stara się utrzymać w równowadze azotowej i odpowiednio normuje wywóz soli. Działanie jednak „Naftusi" jest 2—3 razy energiczniejsze, niż wody zwyczajnej, już bowiem 1 litr „Naftusi" powoduje takiesame skutki, jak 2—3 litry wody zwyczajnej w badaniach wspomnianych autorów.

Co do różnicy między „Naftusią" świeżą i przechowywaną przez 3—4 tygodnie w butelkach, to sposób działania obydwu jest mniej więcej jednakowy; działanie moczopędne jednak świeżej jest o wiele wybitniejsze, niż „Naftusi" z transportów dawniejszych. (C. d. n.)

---

## III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Hans Herz. **Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie).** 1902. Berlin-Wien. Urban und Schwarzenberg. Stron 123 in 8° (wielka ósemka).

Zaburzenia czynnościowe obwodowego układu naczyniowego należą do zakresu najmniej opracowanych działów patologii. Szczególnie zaś odnosi się to do tych przypadków, którym Solis-Cohen nadał nazwę niezborności naczynioruchowej (*ataxia vasomotoria*). Schorzeniem tem szczegółowo zajmuje się autor w swej książce, zawierającej wielką liczbę spostrzeżeń i obfitość myśli, które, aczkolwiek nie zawsze znać powstały na drodze ścisłego badania naukowego, jednakże zasługują ze wszech miar na bliższe zapoznanie się z niemi.

Istotę schorzenia dopatruje autor w zbytniej chwiejności (*Labilität*) regulujących narządów obwodowego układu naczyniowego, a mianowicie oddziaływanie występuje łatwiej, a trwa dłużej, niż zwykle bywa prawidłowo. Szybkie wyczerpanie po silnem zadziałaniu (*reizbare Schwäche*) występuje rzadziej. Z reguły ma miejsce napadowe występowanie zaburzeń, co też jest powodem częstego przeoczania tego schorzenia ze strony lekarzy. Aby rozpoznanie uczynić pewnem, należy zatem albo starać się zaburzenia te wywołać dowolnie, albo też przedstawić potrzebę częstszego spostrzegania chorego, w celu trafienia na chwilę, w której one występują. Zaburzenia polegają na rozkurczu albo na skurczu naczyń; występują w różnych okolicach układu naczyniowego; częstość i długość tych napadów jest rozmaita. Często podczas jednego napadu występują zaburzenia w rozmaitych okolicach ciała, przyczem albo to równoczesne występowanie bywa zupełnie przypadkowe, albo też ma tu miejsce sympatyczne lub antagonistyczne występowanie. Pierwsze zachodzi w symetrycznych częściach ciała lub w narządach o wzajemnie zawisłej czynności, jak np. sutki i części płciowe kobiet, w których bodziec, działający na jeden narząd, wywołuje zmiany także i w drugim. Antagonizm zaś istnieje przedewszystkiem między naczyniami skórnemi, a wewnętrznemi (łącznie z mózgowemi), między naczyniami mózgowemi, a naczyniami jamy brzusznej i piersiowej, między naczyniami kończyn górnych a płuc. Poszczególne objawy należą przedewszystkiem od rodzaju i miejsca zaburzenia. Przy nawałach do głowy należy odróżnić objawy, występujące na zewnętrznych i wewnętrznych częściach głowy. W pierwszych zwraca na siebie uwagę wejrzenie skóry policzków, a szczególnie uszów, z łatwymi do rozpoznania objawami przekrwienia; często spostrzega się wzmożoną pobudliwość pni nerwowych na ucisk; dalej: przekrwienie spojówek, objawy nieżytu nosa, a czasem i krwotoki nosowe. Przekrwienie w zakresie naczyń śródczaszkowych stwierdzić można na podstawie dokładnego poznania całego szeregu objawów przedmiotowych, jak rozszerzenie naczyń szyjnych, przekrwienie błony śluzowej nosa, przekrwienie siatkówki, podniesienie oporów dla przewodnictwa elektrycznego, tudzież podmiotowych, jak uczucia trętwienia w głowie, popęd do działania, bezsenność, nieumiejscowione tętnienie (umiejscowione przemawia za miażdżycą tętnic), uczucie lęku, żaru w głowie, pękanie czaszki, utrudnienie myślenia, zawroty głowy i niepewność przy staniu, często rodzaj agorafobii. Do wyliczonych zaburzeń przyłączają się objawy ze strony narządów zmysłowych: w oczach spostrzega się silne nastrzykanie naczyń spojówkowych i siatkówkowych, uczucie ucisku na gałkę oczną, zaciemnienie pola widzenia i zjawiska świetlne różnorodne, a niekiedy tylko (według autora) szerokie źrenice. W uszach szum, tudzież niekiedy objawy Meniera.

Do pewnych objawów skurczu naczyń mózgowych zalicza autor zemdlenie. Zmian w unaczynieniu oddzielnych części mózgu rozpoznać nie można. Zmianom, zachodzącym

w świetle naczyń w narządzie ruchowym, przypisuje autor także duże znaczenie. Tak np. według autora „paramyotonia“ zdaje się polegać na nieprawidłowej pobudliwości na zimno ze strony naczyń krwionośnych mięśni. Poza tem wskazuje autor na to, że drżenia różnego rodzaju, podniesiona pobudliwość mechaniczna, a niemniej różne sensacye w mięśniach, spotykane w niezborności naczynioruchowej, również może zależą od zaburzeń w unaczynieniu mięśni. Zaburzenia naczynioruchowe w skórze mają, według autora, pewną samodzielność. Objawowi dermograficznemu autor nie przypisuje tak wielkiego znaczenia rozpoznawczego, jak to się zwykle czyni, wobec tego, że spotykał wiele osób z tym objawem, nie posiadających niezborności naczynioruchowej. Zabarwienie, ogrzanie i inne objawy nie trudno wskazują na stan rozszerzenia naczyń skórnych. Przy częstem występowaniu rozszerzenia naczyń jamy brzusznej pojawiają się nieżyty przewodu pokarmowego, krwawnice, tak zw. nerwowa kolka wątrobowa, krwotoki miesiączkowe; często u tych chorych spotykają się zapalenia macicy i tkanki ją otaczającej, a nawet zdają się rozwijać łatwiej włókniaki macicy. Wzmożona u tych chorych wydzielina żołądkowa, wątrobowa, jak niemniej ślinienie i łzawienie, łatwo są wytłómaczalne na podstawie przekrwienia. Przy zmianach kurczowych w naczyniach jamy brzusznej zdarza się często u kobiet brak miesiączki, a jednocześnie nawały krwi do głowy lub krwotoki nosowe.

Rozszerzenie naczyń w gruczole tarczykowym i w gałkach ocznych może często przedstawiać obraz choroby Basedowa. U chorych tych stwierdza się niekiedy cukier i białko w moczu, również obfity osad, złożony z soli szczawianowych, co autor tłómaczy pewnemi zaburzeniami w przemianie materyi, jakie mają miejsce u tych chorych. Częste bole zębów mają zależeć od przekrwienia wokoło zębów spróchniałych.

Co się tyczy układu nerwowego, to autor odróżnia tu 3 kategorye: często objawy nerwowe u tych chorych bywają przypadkowem powikłaniem, to znowu istnieją one równocześnie z naczynioruchowymi, gdyż przyczyniają się często do wywołania tych objawów naczynioruchowych, a wreszcie i same objawy naczynioruchowe prowadzą według autora do zaburzeń nerwowych, a to, jak sobie to autor przedstawia, w sposób następujący: 1) albo ustrój nie może prawidłowo odbierać wrażeń, pochodzących z zewnątrz, lub od poszczególnych narządów; 2) albo też uczucie lęku, tudzież ciągła walka ze schorzeniem muszą rozstrajać cały układ nerwowy. Na tle tego schorzenia rozwija się przedewszystkiem miażdżyca tętnic, niemniej rozwijają się objawy zastoinowe w narządach, w których częściej i dłużej występowało przekrwienie, szczególnie też zwraca uwagę autor na powstawanie u tych chorych żylaków i krwawnic. Autor sądzi, że choroby Raynauda nie da się ściśle oddzielić od niezborności naczynioruchowej, a mianowicie od kurczowych zaburzeń naczyniowych, występujących w tem schorzeniu.

Co do przyczyn tej choroby, to należy odróżnić przyczyny istotne od okolicznościowych. Przyczyny istotne polegają przedewszystkiem na wrodzonem osłabieniu układu naczynioruchowego, tudzież wszystkich tych czynników, które już prawidłowo pobudzają układ naczyniowy do zmienionego stanu rozszerzenia, a do tych należą: nadmierna działalność, np. wyczerpująca praca umysłowa, wzruszenia moralne, obżarstwo, nadużycia płciowe, zbytnie pocenie się, procedury wodne, szybka zmiana ciepłoty, urazy, nadużycia w używaniu tytoniu, alkoholu, kawy. Co się zaś tyczy przyczyn okolicznościowych, t. j. wywołujących oddzielne napady chorobowe, to tu należą: palenie tytoniu, zaburzenia żołądkowe, zatwardzenie, podniecenia umysłowe, tudzież również i te czynniki, które wywołują także i samą chorobę, jak nadużycia płciowe, obżarstwo.

Co do terapii, to przedewszystkiem tacy chorzy powinni wystrzegać się wszystkich wymienionych czynników, które powiększają omawiane schorzenie, jak niemniej tych, które wywołują poszczególne napady. Gdy napad wystąpił, wtedy należy stosować odpowiednie zabiegi bądź na to miejsce, w którem występuje zaburzenie, bądź na inne, w celu wywołania oddziaływania antagonistycznego.

Przy skurczach naczyń w kończynach górnych lub dolnych dobrze działa ogrzanie ich w ciepłej wodzie, oraz zapomocą przyrządów, służących do miejscowego ogrzewania ciepłem powietrzem, wreszcie naparzenie, nacieranie, często prąd elektryczny. W razie silnego zaciśnięcia naczyń kończyn górnych skutecznem często okazuje się zanurzenie nóg do zimnej wody. Zabiegi te powinny być stosowane częściej, jeżeli w pewnych narządach istnieje skłonność do występowania skurczów naczyń. Przy częstem pojawianiu się rozszerzeń naczyń brzusznych, dodatnio działa wywoływanie stolców, a więc leki przeczyszczające, odpowiednia dyeta, wreszcie odpowiednie zdrojowiska, jak niemniej również działanie na skórę, jako narząd, funkcyonujący antagonistycznie pod względem unaczynienia wobec przewodu pokarmowego, a więc różnorodne zabiegi wodne. W przekrwieniach śródczaszkowych korzystnie wpływa wywoływanie przekrwień w skórze i w przewodzie pokarmowym, a nadto w razie napadu bezpośrednie działanie na głowę, np. zimne okłady. W skłonności do występowania stanów skurczowych w naczyniach mózgowych dobrze jest stosować na głowę prąd galwaniczny, ale należy zaczynać od natężeń minimalnych, zupełnie przez chorego nie odczuwanych, a następnie siłę prądu nieznacznie i powoli wzmacniać. Ze środków farmakologicznych, oddających usługi w zwalczeniu istoty schorzenia, poleca autor szczególnie chininę, w mniejszym stopniu arsen i strychninę. Przed nikotyną i przetworami makowca przestrzega. Przy skurczach naczyń można stosować alkohol i eter, zaś azotan amylowy, nitrogliceryna, emetyk, działania trwalszego nie wywierają.

Z przedstawienia powyższego widać, jak obfitą zawiera treść książka **Hertza**. Nadmienić należy, że autor niedostatecznie ściśle rozróżnia i określa rozmaite postacie niezborności naczynioruchowej. Tak np. autor prawie wcale nie uwzględnia tej postaci czynnościowego schorzenia naczynioruchowego, które polega na stałej skłonności do występowania stanów skurczowych w całych powłokach skórnych, bez charakteru napadowego i o niewielkim stopniu zaciśnięcia naczyń, bez sensacyi podmiotowych ze strony miejsc, podległych zaciśnięciu naczyń. Schorzenie to możnaby nazwać kurczową nerwicą naczynioruchową. Oddziaływanie na zadraśnięcie skóry jest bardzo powolne, lecz bardzo silne i długotrwałe. Natomiast u chorych tych nie spotyka się nigdy szybkiego ustępowania oddziaływania, jak to według autora ma się także trafiać u chorych z niezbornością naczynioruchową. Przypadki te przedstawiają zupełnie odrębną i samoistną grupę, o odrębnej etyologii, odmiennem skojarzeniu z innemi zaburzeniami, tudzież o odrębnem zejściu. Tego atoli autor w swojej pracy nie uwzględnia. Stąd też pochodzi, że czytelnik nie może wyrobić sobie na podstawie tej pracy dostatecznie konkretnego i jasnego obrazu o tych różnych postaciach schorzenia, które autor zamierzał przedstawić.

Nadto zaś autor niedostatecznie rozbiera i identyfikuje klinicznie objawy umysłowe chorych, stąd też nie osiąga się z książki wrażenia, w jakim stosunku zaburzenia tak zw. nerwowe tych chorych pozostają do znanych zaburzeń neurastenicznych lub znanych postaci psychiatrycznych. Mimo tych drobnych usterek książka zasługuje na przeczytanie, a to, jak wspomniałem, ze względu na wielką liczbę spostrzeżeń, a także ze względu na niedostateczne dotychczas opracowanie tej grupy schorzeń układu naczyniowego.

*Dr. P. Pręgowski.*

# IV. Wyciągi.

Plavec. **Leczenie ostrego zatrucia fosforem.** (*Wiener med. Presse*, Nr. 11—16, 1904). Postępowanie lecznicze w przypadkach zatrucia fosforem rozpada się, jak każde leczenie w ogólności, na doszczętne, objawowe i dyetetyczne, a to tem bardziej, ponieważ dotychczas niema bezwarunkowo niezawodnej odtrutki szczególnie tam, gdzie fosfor już uległ wessaniu. Co się więc tyczy leczenia doszczętnego, to ze względu na fosfor, znachodzący się w przewodzie pokarmowym, panowało dawniej mniemanie, że fosfor sam przez się nie jest rozpuszczalny i jest trujący nie sam, lecz jego wytwory utlenienia; — skoro jednak z biegiem czasu stwierdzono fosfor we krwi, oraz w innych narządach, wówczas pokazało się, że objawy zatrucia są wyłącznie następstwem wessanego fosforu, a nie jego wytworów utlenienia. W następstwie tego zmienił się i kierunek leczenia: o ile dawniej starano się przez podawanie płynów śluzowych działać osłaniająco na cząsteczki fosforu w celu zapobiegania ich utlenieniu, o tyle dzisiaj stosuje się najsilniejsze środki utleniające, by tylko jak najprędzej utlenić i związać fosfor, znajdujący się w przewodzie pokarmowym. Właśnie znany powszechnie i ogłaszany jako swoisty środek przeciwko zatruciu fosforowemu, olejek terpentynowy, działa jedynie zapomocą utlenienia; atoli po 24 godzinach taka jednak ilość fosforu zostaje wessaną, że po podawaniu tego środka nie można już spodziewać się pomyślnego skutku. Köhler n. p. radzi podawać w każdym razie olejek terpentynowy w 1—2 gramowych dawkach (5—10 grm. dziennie) przez 3 dni, przyczem całkowita ilość olejku ma być 100 razy większą, aniżeli zażyty fosfor. Z nowszych środków utleniających zasługuje na uwagę nadmanganezian potasu, który jako odtrutka znalazł szerokie i uzasadnione zastosowanie; po wymiotach lub po wypłókaniu żołądka podaje się 2 grm. tego przetworu, rozpuszczonego w 600—1000 grm. wody; gdyby jednak chory zwymiotował ten rozczyn, należy powtórzyć dawkę. Ogółem można powiedzieć, że działanie nadmanganezianu potasowego jest skuteczniejsze i pewniejsze, aniżeli olejku terpentynowego lub soli miedziowych. Te ostatnie, stosowane w rozczynach silnych, drażnią błonę śluzową żołądka; w słabych chybiają celu. Zważywszy wszystkie przytoczone okoliczności, łatwo zrozumieć, że najważniejszą metodą do usunięcia fosforu z ustroju jest mechaniczne wypróżnienie żołądka i kiszek; jestto niejako postępowanie przygotowawcze do skutecznego zadziałania środkami farmakologicznymi. Początkowo podawano środki wymiotne i czyszczące; w ostatnich dopiero czasach stosuje się płókanie żołądka, które pod każdym względem wyżej stoi od środków wymiotnych. Płyn bowiem (rozczyn nadmanganezianu potasowego lub woda), wprowadzony do żołądka, wydyma go, fałdy błony śluzowej znikają, prąd wody wnika w najmniejsze zaułki żołądka, wypłókując i porywając z sobą najdrobniejsze cząstki fosforu. Co się zaś tyczy środków czyszczących zasługuje na uwagę senes (10—15: 200), lub też w przypadkach, w których środki czyszczące pobudzają do wymiotów, stosują się wlewania. Natomiast przeciwko zobojętnieniu rozmaitych kwasów lub kwaśno oddziaływających produktów, wytwarzających się w narządach pod wpływem zwyrodnienia fosforowego po 2 lub 3 dniach, podaje się dwuwęglan sodowy, albo wody alkaliczne (Münzer, Jaksch); po upływie bowiem tego czasu potęguje się rozpad ustrojowego białka i zwiększa się alkaliczność krwi. Nadmienić wypada, że Jaksch podaje do 20 grm. dwuwęglanu sodowego dziennie. Ze wszystkich następowych objawów zatrucia najważniejszem jest osłabienie czynności serca, wywiązujące się w kilka już godzin po wessaniu fosforu, a przechodzące łatwo w porażenie, kładące kres życiu; oczywiście, że tem prędzej to następuje, im mięsień sercowy był słabszy przed zatruciem. W takich przypadkach stosuje się zwyczajne znane środki podniecające, olejek kamforowy podskórnie, wino, koniak, czarną kawę i t. d.; naturalna rzecz, że takie osłabienie serca, bez względu na jego przyczynę, powstające zaraz w początkach zatrucia fosforem, jest niepomyślnym objawem prognostycznym. Co się tyczy leczenia dyetetycznego, to podawano dawniej oliwę i mleko; od czasu jednak, jak stało się wiadomem, że fosfor rozpuszcza się w tłuszczach, skutkiem czego wessanie jego bywa ułatwione, odstąpiono od tego, przyczem należy pamiętać, że dla ostrożności podawać trzeba w pierwszych 4—5 dniach tylko takie potrawy, które tłuszczu nie zawierają; odżywienie jednak chorego nie powinno żadną miarą na tem ucierpieć.

Zesumowawszy wszystko, zabiegi lecznicze w przypadkach zatrucia fosforem przedstawiają się jak następuje: a) należy wypłókać żołądek ciepłą wodą z następowem płókaniem rozczynem około 20 litrów 0·2‰ nadmanganezianu potasowego, a w końcu znowu wodą, aż odejdzie płyn zupełnie czysty; b) w drugim rzędzie podać środki czyszczące (senes 10—15: 150), poparte wlewaniami, po których polecić c) środki podniecające; d) w przypadkach, w których nie płókano żołądka, zastosować wewnętrznie silniejszy rozczyn (0·20: 200, co 2 godz. 2 łyżki) nadmanganezianu potasowego. Jeśli chory ma łaknienie, podawać potrawy, zawierające obficie istoty białkowe.

*Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Sihle. **Przyczynek do czynnościowego rozpoznania zwapnienia tętnic i różniczkowego rozpoznania dusznicy bolesnej** (*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr 14, 1904). Na podstawie starannych i wyczerpujących obliczeń, nie dających się zresztą ująć w ramy krótkiego streszczenia, a przeprowadzonych tonometrem Gärtnera i przyrządem Riva-Rocciego, dochodzi autor do następujących wniosków: Rozwój miażdżycowego zwyrodnienia naczyń poprzedza t. zw. okres przedmiażdżycowy (Huchard), w którym jedynie wzmożone jest napięcie (tonus) ścian naczyniowych. Ten wczesny okres zwapnienia tętnic, zaledwie stwierdzić się dający dotychczasowymi sposobami badania, można łatwiej i dokładniej rozpoznać przez skombinowane badanie parcia krwi zapomocą przyrządów Gärtnera i Riva-Rocciego, przy równoczesnem uwzględnieniu różnicy parcia, zachodzącej między tętnicą ramienną, a tętnicą na palcu; badanie, w ten sposób wykonane, nietylko wyjaśnia jakość napięcia ścian tętnicy i w niej zawarte opory dla krążenia, względnie prądu krwi, ale także pozwala na słuszne wnioski, tyczące się pracy serca. Im bowiem twardsze i węższe są ściany tętnicy, względnie im bardziej jest rozwinięta sprawa miażdżycowa, tem większa jest różnica parcia krwi, oczywiście przy tej samej sile serca; im zaś ściana tętnicy jest wiotsza, bardziej hipotoniczna i im mniejsze są opory, tem mniejsze jest zarówno parcie krwi, jak i wzmiankowana powyżej różnica parcia. Średnia różnica parcia krwi między tętnicą ramienną, a tętnicą na palcu wynosi u człowieka w średnim wieku 30—40 mm. słupa rtęci, różnica więc parcia, wynosząca stale n. p. 40 mm. lub więcej, przemawia z wszelką pewnością za sprawą miażdżycową; ze zwapnienia w tętnicach kończyn górnych można wnosić o istniejącej miażdżycy w narządach wewnętrznych. Natomiast prawidłowe lub słabo zmienione parcie krwi, stwierdzone w naczyniach kończyn górnych, zarówno jak i takaż sama różnica w parciu, przemawia z wielkiem prawdopodobieństwem przeciw zwapnieniu w narządach wewnętrznych. Dokładna znajomość parcia krwi, a szczególnie tej różnicy w parciu, daje ważne wskazówki do różniczkowego rozpoznania i rokowania, tyczących się dusznicy bolesnej. Ze względu na istotę choroby należy uważać dusznicę bolesną za nerwicę odruchową; rozpromieniające się bole w przebiegu dusznicy mają swoją przyczynę w skurczu naczyń. Dla rozwoju dusznicy najlepszem bywa podłożem zwapnienie tętnic; w drugim dopiero rzędzie choroby zakaźne (n. p. grypa); twierdzenie zaś, jakoby dusznica bolesna prawdziwa była wyłącznie cierpieniem w pojęciu Hucharda (*sténocardie d'effort Huchard*), nie wytrzymuje krytyki. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Seiffert. **Stosowanie nakłucia lędźwiowego w mocznicy.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 10, 1904). Od 6—7 lat autor stosuje nakłucie lędźwiowe w przypadkach mocznicy pochodzenia płoniczo-nerkowego, przyczem zaznacza, że bez wyjątku wszystkie przypadki — choćby najcięższe — zakończyły się pomyślnie. Zazwyczaj wystarcza jednorazowe nakłucie; w ciągu całego tego czasu raz tylko jeden był zmuszony Seiffert wykonać nakłucie powtórne; i ten chory wyzdrowiał. Sposób wykonania jest następujący: przy zachowaniu wszelkich zasad postępowania przeciwgnilnego wbija się choremu, leżącemu na boku, igłę aspiracyjną między 12-tym kręgiem piersiowym a 1-szym lędźwiowym. Skoro pierwsze krople płynu rdzeniowego w igle się pokażą, nakłada się nań strzykawkę, zapomocą której wyciąga się 5—30 grm. płynu. Związku jakiegoś między ilością wypuszczonego płynu, a szybkością leczniczego działania nie zauważono. Autor dopatruje w tem nakłuciu znakomity środek, niezawodnie a skutecznie działający i gorąco go w podobnych przypadkach zaleca. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Riebold. **O szczególnem bredzeniu suchotników.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 12, 1904). Nierzadko można się spotkać w przebiegu gruźlicy płuc z ostrem zaburzeniem sfery umysłowej, występującem w postaci astenicznego obłędu lub też jako ostre niedołęztwo umysłowe, mające jednak swoją właściwą odrębną cechę charakterystyczną. Za główną przyczynę takiego szczególnego bredzenia uważa autor przewlekłe zatrucie ustroju jadami prątków gruźliczych na tej samej zasadzie, jak zazwyczaj przyjmuje się zaburzenia sfery umysłowej, pojawiające się w chorobach zakaźnych w następstwie zadziałania swoistych prątków lub ich wydzielin. Nadto w patogenezie należy zaznaczyć dwie okoliczności, które bezwarunkowo można w takich razach zauważyć i które wpływają na powstanie rzeczonego bredzenia: wyczerpanie ustroju mniejszego lub większego stopnia (Wernicke) i przewlekły alkoholizm. Można bowiem przypuścić, że jady gruźlicze nie znajdą

w zdrowej tkance mózgowej odpowiedniego dla siebie podłoża, że przeciwnie musi istnieć pewna skłonność, zmniejszona odporność, która właśnie została wywołaną tem przewlekłem zatruciem alkoholem, tem bardziej, że objawy tych zaburzeń występują wyłącznie u ludzi, nadużywających trunków gorących, a powtóre cały obraz chorobowy przypomina wielce szał opilczy. Ze znamiennych pojedynczych objawów należy wymienić podniecenie sfery ruchowej, wielomówność i bezmyślność: chorzy, mówiąc do siebie ustawicznie cichym głosem i o tym samym przedmiocie, są bez przerwy zajęci poprawianiem lub układaniem n. p. kołdry, lub też bez ustanku zapinają i odpinają guziki u koszuli. Wszystkie ruchy mają jakąś cechę maszynową, automatyczną. Dalej można zauważyć, że tacy chorzy nie zdają sobie sprawy z miejsca, w którem się znajdują, są bezradni, oddają bardzo często mocz i kał bezwiednie, plują na pościel zamiast do spluwaczki, nie poznają osób ani sprzętów. Zapytani, nie odpowiadają natychmiast, lecz po pewnym czasie; cały tok myślenia jest wolniejszy i leniwy; na pytania, wymagające bodaj najmniejszego natężenia umysłowego, jakiegoś namysłu, zupełnie nie odpowiadają. Najłatwiejszego rachunku nie są zdolni wykonać. Jeśli już coś odpowiedzą, to tę samą odpowiedź dają i na wszystkie następne pytania. Przebieg tych zaburzeń jest mniej więcej następujący: w pierwszych początkach chorzy są zazwyczaj nocą niespokojni, gadają bezmyślnie i oddają mocz pod siebie; na drugi dzień są zupełnie rozsądni i nic nie wiedzą o przebytych objawach nocnych. Zmiany te powtarzają się przez 3—4 noce, stopniowo się potęgują, aż po dalszych kilku dniach zaburzenia takie występują także i w dzień, prowadząc w krótkiem czasie do zejścia śmiertelnego. Leczenie, jeśli wogóle może być o niem mowa, jest czysto objawowe. Autor spostrzegał 5 podobnych przypadków — wszystkie zakończyły się śmiercią. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Wolff. **O nadmiernym potoku** *(hydramnion)*, **otrzymanym drogą doświadczalną** *(Arch. f. Gyn.*, Tom 71, zeszyt 1). Autor wysnuwa ze swoich doświadczeń następujące wnioski: Płyn owodni u królików wzrasta tylko do połowy ciąży, poczem go ubywa stopniowo i z końcem ciąży dochodzi do minimalnych tylko ilości. U kobiet przeciwnie: ilość wód płodowych wzmaga się stale w miarę postępu ciąży, a z jej końcem jest największa. Ubytek wód płodowych u królików, a także i niektórych innych zwierząt w drugiej połowie ciąży, należy odnieść głównie do aktu połykania ze strony płodu; czy i inne także okoliczności odgrywają tu jaką rolę, jak np. wessanie przez błony płodowe, przez naczynia pępkowe lub przez skórę płodu, jest co najmniej wątpliwem. Dalsze doświadczenia przeprowadzał autor w ten sposób, że wycinał królikom ciężarnym obie nerki i badał wody płodowe ze względu na ich ilość i jakość. Okazało się, że wycięcie obu nerek około połowy ciąży nie ma wielkiego wpływu na ilość wód płodowych, przynajmniej w 2 dni po operacyi; im operacyę tę wykonujemy bliżej końca ciąży, tem wpływ ten staje się coraz bardziej wyraźny. Wzmaganie się ilości wód płodowych po operacyi, dokonanej z końcem ciąży, jest tak znaczne, że można mówić o wytworzeniu się nadmiernego potoku *(hydramnion)*. Zdaje się, że wskutek wyjęcia nerek występują także pewne różnice jakościowe, jak za tem przemawiają oznaczenia kryoskopijne. Dalej zastanawia się autor nad przyczynami wzmagania się wód płodowych po wycięciu obu nerek. Według teoryi o powstaniu wód płodowych w ogólności można myśleć o 2 możliwościach: albo one są przesączyną z naczyń matczynych, albo wytworem wydzielniczym płodu. Gdyby usunięcie obu nerek miało już w ciągu 2 dni po operacyi powodować tak znaczne sprawy przesączynowe, że aż przychodzi do nadmiernego potoku, trudno sobie wyobrazić, dlaczego one miałyby się odbywać tylko do worka owodni, a nie do innych jam wolnych w ustroju, n. p. do jamy brzusznej, opłucnowej i t. p.; nadto gdyby tu szło tylko o przesączynę, to efekt ten powinienby nastąpić po wycięciu obu nerek w każdym okresie ciąży. Tymczasem wykonanie tej operacyi około połowy ciąży pozostaje bez wpływu na ilość wód płodowych, a także nie wywołuje ani puchliny brzusznej, ani piersiowej. Te fakty i inne wywody teoretyczne pozwalają z prawdopodobieństwem wykluczyć możliwość uważanie nadmiaru potoku za przesączynę z naczyń matczynych. Natomiast, wnioskując już teoretycznie, można przyjąć prawdopodobieństwo drugiej możliwości, że nadmierna ilość wód płodowych po usunięciu obu nerek matki jest następstwem czynności nerek płodowych. Wskutek usunięcia nerek u matki, gromadzą się w jej krwi substancye moczanowe, które posiadają w wysokim stopniu własność wywoływania nadmiernego moczenia. Krew taka, dostawszy się do ustroju płodu, wywołuje czynność jego nerek, które pod wpływem wymienionych substancyi wytwarzają mocz; a że nerki płodowe są w stanie już w życiu śródmacicznem wydzielać mocz, to dzisiaj nie ulega wątpliwości. Naturalnie, muszą one już do pewnego stopnia być rozwinięte. Tem można sobie też wytłómaczyć, dlaczego wzmaganie się wód płodowych można było zauważyć dopiero od pewnego okresu ciąży — i to tem wyraźniejsze, im ciąża bliżej była swego końca — a, więc im płody bardziej były rozwinięte i dojrzałe. Wszystko to, a także doświadczenia Westphalena, Feisa i Zuntza i in. wykazują dostatecznie, że nadmierny potok po wyjęciu obu nerek matki jest wytworem wydzielniczym płodu, wywołanym nagromadzeniem się we krwi substancyi moczanowych. Doświadczenia te wykazują nadto, że wśród pewnych warunków mogą narządy płodowe zastępczo przyjmować czynność narządów matki, choć tylko do pewnego stopnia. W końcu sądzi autor, że chociaż nie można wszystkich postaci nadmiernego potoku u kobiet ciężarnych wytłómaczyć na podstawie powyższego doświadczenia, gdyż prawdopodobnie różne są jego przyczyny, to w każdym razie można przypuścić, że ilekroć w ustroju matki przychodzi do nagromadzenia się substancyi moczanowych, n. p. w przebiegu ciężkich zaburzeń w krążeniu, substancye te następowo dostają się do ustroju płodu — i tu, wywołując wpływ drażniący na jego narządy wydzielnicze, mogą być czasem przyczyną nadmiernego potoku. *Dr E. Ehrenpreis.*

Credé. **Podskórne odżywianie białkiem.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 9, 1404). Już od dłuższego czasu kusili się badacze wynaleźć taką istotę białkowatą, zapomocą której możnaby sztucznie, drogą wstrzykiwań podskórnych, odżywiać chorych. Doświadczenia i badania Bluma, Graupnera, Molla i t. d. przeprowadzone w tym kierunku nie doprowadziły do pomyślnych wyników: żadna, z znanych istot białkowatych, użytych w tym celu, nie okazała się odpowiednią. Od takiego przetworu białkowego, któryby wstrzyknięty pod skórę, miałby bez szkody dla ustroju zupełnie zostać wessany, wymaga autor następujących warunków: a) musi być dokładnie rozpuszczalny w wodzie; b) winien się dać dobrze wyjałowić przez gotowanie, a przytem nie krzepnąć; c) w miejscu wstrzyknięcia nie powinien wywołać bolów; d) ma być łatwo wessalny i nie wydzielać się w postaci istoty białkowatej; e) nie posiadać własności trujących i drażniących nerki. Oczywiście, że najważniejszym postulatem jest gotowanie bez krzepnięcia; własność tę posiada somatoza i przetwór odżywczy Heydena, mają atoli tę złą stronę, że w miejscach wstrzyknięcia wywołują znaczną bolesność i stan zapalny, utrzymujący się przez dłuższy czas. Przetworem więc białkowatym, nadającym się do podskórnych wstrzykiwań jest k a l o d a l, którego roztwory wodne (według stopnia rozcieńczenia) są barwy winowo-żółtej do jasno brunatnej, prawie bez zapachu i smaku, oddziaływują słabo alkalicznie, dają się wyjałowić, a przy gotowaniu nie krzepną, wreszcie długi czas dają się utrzymać w dobrym stanie. Autor stosował podskórnie ten przetwór w znacznej liczbie przypadków, szczególnie u takich chorych, których nie można było odżywiać drogą prawidłową (w niedrożności kiszek, w przypadkach raka, przełyku i kiszek, po ciężkich operacyach, połączonych z znaczną utratą krwi i t. d.). Jako dawkę zasadniczą podawał Credé 5 grm. kalodalu w 50 grm. wody słonej (10% roztwór); ilość tę wstrzykiwano wprost pod skórę, lub też dodawano ją do 500 grm. fizyologicznego roztworu soli kuchennej, który zazwyczaj był równocześnie wskazany, a zyskał tylko na swej wartości skutkiem dodania przetworu białkowatego. By uniknąć nadmiernego napięcia skóry, a ułatwić wessanie, dzieli się całą ilość 500—600 grm. na dwie porcye po 250—300 grm., a dodawszy do tego 50 grm. 10% roztworu kalodalu (5 grm. białka), wstrzykuje się równocześnie w dwa miejsca. Jeśli się zważy, że na jajo kurze liczy się 5 grm. białka, wówczas stosowana ilość kalodalu odpowiada jednemu jaju, czyli 20,50 kaloryom. W niektórych przypadkach dochodził autor do 20 grm. kolodalu (82 kaloryi), jako jednorazowej dawki, nie zauważywszy żadnego niekorzystnego wpływu; wogóle można powiedzieć, że doświadczenia z tym przetworem poczynione dały znakomite wyniki. W końcu napomknąć trzeba, że wybór miejsca wstrzyknięcia nie jest obojętny: należy to miejsce obrać, gdzie skóra jest łatwo przesuwalna, a więc luźno leży na powięzi, (okolice uda, powłoki brzuszne, lędźwie, okolice podobojczykowe), w każdym razie nie należy samej techniki postępowania zanadto lekceważyć, chodzi bowiem przy tych zabiegach o ludzi wychudzonych i wynędzniałych, których czynność skóry i przemiana materyi są same przez się znacznie upośledzone. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Zirkelbach. **O niebezpieczeństwach nakłucia torbieli wieńcogłówki.** (*Ungar. med. Presse*, Nr. 29, 1903). Rozpoznanie wieńcogłówki jest dopiero po nakłuciu próbnem torbiela na pewne możebnem, ponieważ treść, jakoteż fizykalne i chemiczne jej własności są dla wieńcogłówki znamienne. Nie jestto jednak zabieg obojętny, albowiem spostrzegano po nim nieraz gwałtowne bole, gorączkę, wymioty, duszność, zapad, zwłaszcza jeżeli przy nakłuciu dostaje się do torbiela powietrze, a z niem drobnoustroje. Treść torbiela może się wtedy stać ropną, przychodzi do ropnego zapalenia, wytwarzają się nowe torbiele skutkiem wypływania treści do jamy

otrzewnowej. Niekiedy, na szczęście rzadko, śmierć następuje wkrótce po nakłuciu, a takie dwa nieszczęśliwe przypadki, opisuje autor, które miały miejsce w klinice peszteńskiej prof. Kétlyego (na 11 próbnych nakłuć w przeciągu 7 lat). W obu razach wykonano nakłucie przy ścisłem przestrzeganiu wszelkich wymagań czystości. Sekcya nigdzie nie mogła wykazać zmian, któreby mogły tłómaczyć przyczynę śmierci tak, iż należy przyjąć, że groźne objawy i śmierć nastąpiły skutkiem jadowitości cieczy wieńcogłówki i to tak, że po nakłuciu otwór, zrobiony w torbielu nie zamknął się skutkiem napierania płynu, który wniknął w pierwszym przypadku do jamy klatki piersiowej, w drugim do otrzewnowej. Tu przyszło do wessania cieczy, a w następstwie trującego jej działania nastąpiła śmierć. Przypadki te pouczają, że w praktyce prywatnej należy unikać nakłucia torbiela wieńcogłówki, a w klinikach i szpitalach wykonywać je wtedy tylko, jeżeli jest w naszej mocy wykonać zaraz po nakłuciu operacyę doszczętną. *Baschkopf.*

## IV. Ginekologia u Aretaeusa.

Przyczynek do dziejów ginekologii.

Przez

**Dr. Jana Lachsa.**

(Ciąg dalszy).

Jak widzimy nie okazał się Aretaeus na punkcie anatomii narządu rodnego zbyt szczodrym. Nie inaczej ma się rzecz z anatomią pęcherza moczowego. O tym powiada on jedynie, że się znajduje na przedniej powierzchni macicy i stanowi szeroką, białą i ściągniętą błonę[46]), że pojemność jego bywa większą, aniżeli u mężczyzn, z powodu przywykania kobiet do rzadkiego oddawania moczu (ἐν πολλοῖσι δὲ ἐκ καρτερίης ἀεκουσίου ὑπ' αἰδοῦς ἐν ξυλλόγοισι ἢ ξυνδείπνοισι πληρουμένης, διατέταται...[47]), że posiada część zwaną szyjką („τράχηλος“[48]) i łączy się ze światem zewnętrznym zapomocą cewki („οὐρήθρη“[49]), której przewód (»πόρος“[50]) bywa rozmaicie szeroki. Pomimo tak skąpych uwag, odnoszących się do anatomii pęcherza, zdaje się przecież z nich wynikać, że ona sprawiała mu pewne trudności, gdyż pod tym względem można znaleźć niektóre niedokładności, a nawet i sprzeczności; powiada n. p. że pęcherz jest błoną zimną, gdyż umieszczony jest blizko części zewnętrznych, a bardzo oddalony od źródła ciepła, za które uważa serce i tym razem umieszcza go na przedniej powierzchni macicy[51]); podczas gdy innym znowu razem uważa za odpowiednie przyznać mu miejsce bardzo blizko ciepła wrodzonego, bo w najbliższem sąsiedztwie żołądka. „κύστις δὲ καὶ χαλαρὸν ἄγγος (τοῦ στομάχου ..“[52]). Nad stosunkiem i przebiegiem cewki i jej ujścia do narządu płciowego, nie zastanawia się Aretaeus wcale.

Jeżeli jeszcze dodamy, że od tyłu graniczy z macicą odbytnica („εὐθὺ ἔντερον), to zważywszy, że o sutkach niewieścich nie znajdujemy żadnej wzmianki, będziemy mieli rys anatomii płciowego narządu kobiecego, o ile ona się daje odtworzyć na podstawie niezbyt wielu uwag Aretaeusa. Jeżeli jednak poszukiwania nasze w tym kierunku wypadły skąpo, to z góry już zaznaczyć możemy, że uwag, dotyczących fizyologii narządu rodnego, znajdziemy bez porównania mniej.

Kobieta jest podług Aretaeusa istotą zimniejszą i wilgotniejszą aniżeli mężczyzna: „γυναῖκες δὲ ἀνδρῶν... μᾶλλον... ψυχραί ἀτὰρ.. μᾶλλον... ὑγραί“[53]). W ten sposób wyznacza Aretaeus kobietom, zgodnie z Galenem[54]), w rozwoju stanowisko niższe, gdyż temperament ciepły bardziej wyposaża do doskonałości, aniżeli zimny — i staje w przeciwieństwie do Hipokratesa, podług którego kobieta nietylko że nie jest zimniejszą, ale owszem cieplejszą[55]). W tem pojęciu Aretaeusa o temperamencie kobiety leży także klucz do wytłómaczenia jednego z najważniejszych objawów fizyologicznych kobiety, t. j. miesiączki. Wilgotna jest kobieta z tego powodu, że w ustroju jej przychodzi do gromadzenia się nadmiaru soków, które mężczyzni przez ciężką pracę tracą. Skoro więc kobiety nie mają sposobności regulowania swej wilgoci przy pomocy pracy, muszą to uczynić w jakiś inny sposób[56]). Najodpowiedniejszą do tego jest miesiączka „κάθαρσις“, która stosownie do tego pojmowania ma za zadanie jedynie usuwanie niepotrzebnych soków, a w pierwszym rzędzie czarnej żółci[57]) i chronienie ustroju przed przepełnianiem się nimi. To zapatrywanie podzielał także Galen, a obydwaj stanęli w opozycyi do całego szeregu innych lekarzy, a mianowicie Hipokratesa[58]), Celsusa[59]) i Soranusa[60]), zgadzając się jedynie z Herofilem[61]) i ze szkołą aleksandryjską. Najoględniej wyraża się pod tym względem Rufus, uważając miesiączkę za właściwość ustroju kobiecego, która ma na celu wydalenie krwi, gromadzącej się w nim przez przeciąg miesiąca, a nie wdając się bynajmniej w dalsze poszukiwanie przyczyny tego procesu. „καταμήνιον δὲ αἱ ἐν ταῖς θήλεσιν ἐπὶ μηνὶ αἱματώδεις ἐκκρίσεις“[62]).

Aretaeus nie podaje roku życia, w którym się pojawia pierwsza miesiączka u dziewcząt. Że jednak wiedział, iż dziewice w pewnym mniej więcej wieku zazwyczaj miesiączkować zaczynają, wynika z ustępu, w którym się zastanawia nad wrzodami migdałków. W ustępie wspomnianym radzi bowiem, jak należy postępować z dziewicami aż do okresu pierwszego miesiączkowania, „μέχρι καθάρσιος“[63]). Od chwili pierwszego jej wystąpienia pojawia się regularnie co pewien okres. Tym okresem jest czas jednego miesiąca[64]), którego Aretaeus podobnie jak i ilości krwi odchodzącej znowu bliżej nie określa, zadowalniając się jedynie zaznaczeniem faktu, że okresowość pod tym względem istnieje i że ilość krwi odchodzącej nie powinna być obfitą. Wśród prawidłowych warunków odpływ krwi miesięcznej bywa łatwy, nie sprawia dolegliwości[65]) i trwa kilka dni[66]).

Narządem, który pośredniczy w wydaleniu krwi jest macica. Prócz tej właściwości fizyologicznej posiada on jeszcze inną, t. j. zdolność przenoszenia się w ustroju z miejsca jej stałego pobytu w inne. Ta zdolność jest wynikiem siły żywotnej („σπλάγχνον γυναικήϊον ἄγχιστα ζῶῶδες“[67]), właściwej macicy, która ją zbliża bardzo do zwierzęcia, a kobieta każda czyni wrażenie, jakgdyby w ustroju jej znajdował się jeszcze i drugi „..ὁκοῖόν τι ζῶον ἐν ζώῳ“[68]). Przenosić się zaś z miejsca na miejsce może macica już to sama przez się, już też pobudzona przez odpowiednie czynniki. Czynnikiem takim może być także inna właściwość fizyologiczna, a mianowicie wrażliwość na wrażenie węchu. Przed nieprzyjemnemi wrażeniami ucieka ona ku górze, podczas gdy przyjemnych szuka i do nich się zbliża. Dużo wogóle dawała owa rzekoma zdolność macicy starożytnym

[46]) De causis et sign. ac. morb. lib. II. cap. X. K. str. 58 i de curatione ac. morb. lib II. cap. IX. str. 283.

[47]) De causis et sign. ac morb. lib. II cap. X. K. str. 58.

[48]) De curatione ac. morb. lib. II. cap. IX. K. str. 284.

[49]) De causis et sign. diut. morb lib. II. cap. III K. str. 137.

[50]) De curatione acut. morb. lib II cap IX. K str. 284.

[51]) De causis et sign. acut. morb. lib. II. cap. X. K. str. 58.

[52]) De curatione ac. morb. lib. I. cap IV K 215.

[53]) De causis et signis acut. morb. lib. I. cap. VI. K. str. 7 i de causis et signis ac morb lib II cap. XII. K. str. 66.

[54]) De usu part. corp. hum. lib. XIV. cap. V. i VI. K. IV. str. 157 i 158.

[55]) De morb. mulierum lib. I. K. II str. 609.

[56]) Galeni de v. sectione adversus Erasistratum cap. V. K. XI.

[57]) Aret. de caus. et sign. diut. morb. I. cap V. K str. 74.

[58]) De mulierum morbis lib I. K. II.

[59]) Medicina lib. II. cap VIII.

[60]) περὶ γυναικείων παθῶν lib. I. cap. VI. 27.

[61]) Soranus l. c.

[62]) Rufus ed. Daremberg-Ruelle. str. 165.

[63]) De causis et signis ac morb lib I. cap. IX. K. str. 18.

[64]) De causis et signis diut. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 163.

[65]) De curat. acut morb. lib. II cap X. K. str. 288.

[66]) De sign. et caus. diut. morb. lib. II. cap. XI. K. str 163.

[67]) De sign. et caus. acut. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 60 i 61.

[68]) Ibidem.

do myślenia. Hipokrates[69]) zastanawia się kilka razy nad nią, przypisując jej bardzo ważne znaczenie w powstawaniu niektórych cierpień. Podobnie zapatrywał się na tę sprawę Plato[70]), a zwłaszcza Diokles z Karystu, skoro uważał za odpowiednie przesuwać macicę w czasie napadu histerycznego z miejsc wyższych w niżej położone. „...καὶ τῇ χειρὶ τὴν ὑστέραν εἰς τοὺς ὑποκειμένους ἀποθλίβει τόπους...“ [71]).

Przeciw temu zapatrywaniu wystąpił Soranus[72]), a później także Galen[73]), zwalczając nietylko sam fakt, podany przez Hipokratesa i jego szkołę, lecz także i sposób, w jaki oni usiłowali go wytłómaczyć. Na zakończenie fizyologii narządu płciowego żeńskiego należy jeszcze wspomnieć i o nasieniu. Aretaeus rozróżniał nasienie żeńskie i męzkie. Jedno i drugie — zdaje się — potrzebne jest do zastąpienia. Nie omawia jednak miejsca powstawania nasienia żeńskiego i udziału jajników w jego wytwarzaniu tak, że zagadnienia, czy mu znane było zadanie jajników, lub też czy je wogóle znał, stanowczo rozwiązać nie możemy. Z pewnem jedynie prawdopodobieństwem przypuszczać możemy, że Aretaeus przyswoił sobie zapatrywanie Hipokratesa, podług którego nasienie żeńskie jest sokiem, spływającym z całego ustroju do macicy[74]). Na to przypuszczenie naprowadza nas znaczenie, jakie Aretaeus przypisuje nasieniotokowi. O wejrzeniu, własnościach i o wartości zdrowego nasienia żeńskiego, niema nigdzie wzmianki. Prawdopodobieństwo jedynie przemawia za tem, że posiada ono temperament ciepły, skoro nasienie schorzałe, odpływające przy nasieniotoku, staje się z powodu zziębnięcia zimnem[75]).

Macica ma obok wydzielania krwi miesiączkowej i utrzymywania w ten sposób równowagi w ustroju kobiety, jeszcze inne, niemniej ważne zadanie, którego celem jest rozmnażanie rodu ludzkiego. To zadanie objawia się w udziele, jaki jej Aretaeus przypisuje podczas zastąpienia i w czasie samego porodu. Wśród odpowiednich warunków zastępuje kobieta, a zdolność macicy w tym względzie zdaje się być dosyć znaczną, skoro nawet przy użyciu środków zapobiegających zastąpieniu tak trudno temu zapobiedz. Trudności te uważa Aretaeus za tak znaczne, że je porównywa z wydatnością zabiegów lekarskich, stosowanych w przebiegu kamicy nerkowej[76]). Dla nas zaś są one dowodem, że Aretaeus znał takie środki i że je stosował. — Co się tyczy udziału macicy w samym porodzie, uważał go za bardzo znaczny i ważny, a wynika to już z tego, że określając narząd ten bardzo krótko i niedostatecznie, uważał sobie za obowiązek wspomnieć o tej jego czynności. „τῇσι γυναιξὶ ὑστέρη ἀγαθὴ μὲν ἐς κάθαρσιν καὶ τόκον“ [77]).

W ten sposób przeszliśmy do fizyologii i do patologii ciąży i porodu, które u Aretaeusa są tak po macoszemu traktowane, że gdybyśmy tych kilka dotyczących uwag pominęli, nie wynikłaby z tego żadna szkoda dla dziejów położnictwa, a samemu Aretaeusowi nie uczynionoby przez to żadnej krzywdy.

O fizyologii i patologii ciąży i czasie jej trwania niema wzmianki, podobnie, jak i o porodzie prawidłowym. Znajdujemy jedynie wzmiankę przypadkowo o przedwczesnem mimowolnem „ἐντρωσμός“ [78]) i o sztucznem przerwaniu ciąży („...ἐξ ὑποθέσιος ἀμβλωθριδίου.“ [79]), przyczem się nie zastanawia bliżej nad środkami i okolicznościami powodującemi, lecz uważa je ogólnikowo za szkodliwe ze względu na następstwa. Mimo to ustęp dotyczący jest ważny, gdyż dowodzi, że za czasów Aretaeusa znano i stosowano środki spędzające płód. Z przypadów zaś, towarzyszących porodowi prawidłowemu, wspomina raz tylko o jednym, t. j. o parciu, porównywując je z uczuciem parcia na mocz, występującem przy kamieniach pęcherza[80]).

Aretaeus pozwala się nam także domyślać, że jednym z warunków prawidłowego porodu było dokonanie jego bez jakiejkolwiek pomocy. Zastanawiając się bowiem nad przyczynami wypadania macicy, powiada, że ma ono miejsce czasem po porodach gwałtownych „βίαιος“, stanowiąc złą ich stronę[81]). Do gwałtownych zaś zabiegów, stosowanych przy porodzie, zalicza sztuczne wydobycie łożyska przyrośniętego. Z tych kilku słów Aretaeusa, odnoszących się do tego zabiegu, możemy do pewnego stopnia wnioskować z dostateczną stanowczością, że rozmaite sposoby stosowano już za jego czasów w celu wydobycia łożyska przyrośniętego. Aretaeus wspomina jedynie o pociąganiu za błony sterczące („ἢν γὰρ τόδε (χορίον) ἕλκηται βίῃ...“ [82]), uważając ten sposób za groźny dla rodzącej. Niebezpieczeństwo bywało czasem tak wielkie, że rodzące przypłacały zabieg ten życiem. Przyczyną śmiertelnego zejścia bywało wynicowanie macicy. Aretaeus mówi wprawdzie jedynie o wypadaniu („ἐκπτῶσις“) macicy, które może spowodować śmierć rodzącej. Zastanawiając się jednakowoż nieco dokładniej nad dotyczącym ustępem, dojdziemy z łatwością do przekonania, że wypadanie to macicy, sprowadzające nierzadko śmierć, nie było niczem innem; jak tylko wynicowaniem. Opisując bowiem wejrzenie takiej macicy wypadniętej, przez pociąganie przyrośniętego łożyska, powiada Aretaeus, że z dwóch warstw, tworzących mięsień macicy, wewnętrzna staje się dla lekarza widoczną, co przecież jedynie przy wynicowaniu jest możliwem. „δοκέει δέ κοτε τῆς διπλόης τῆς ὑστέρης ὁ ἔνδον ὑπεζωκὼς χιτών...“ [83]). W ten sposób pojęta rzecz tłómaczy dostatecznie tak częste śmiertelne zejście z powodu wypadnięcia macicy. Skoro zaś Aretaeus przestrzega przed niebezpieczeństwem, grożącem z takiego wydobywania łożyska, musiał znać i inne sposoby lepsze, a mniej gwałtowne, o których jednak nie uważa za odpowiednie mówić w tem miejscu. Wynicowaną macicę radzi natychmiast odprowadzić ręką, posmarowaną maścią, łagodzącą bóle. (C. d. n.).

69) De mulierum morbis lib. I. i II. K. II. i de natura muliebri. K. II.
70) Galeni de locis affectis lib. VI. cap V. K. VIII.
71) Soranus ed. Rose lib. II. cap. IV. 29.
72) Soranus ed. Rose lib. I. cap. III. 8 i lib. II. cap. IV. 29.
73) Galeni de locis affectis lib. VI. cap. VI. cap. V. K. VIII.
74) Hippocratis de genitura K. I.
75) De caus. et sign. diut. morb. lib. II. cap. V.
76) De cur. diut. morb. lib. II. cap III. K. str. 332.
77) De causis et signis diuturnorum morborum lib. II. cap. XI. K. str. 162.
78) De caus. et sign. diut. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 167.
79) De caus et sign. ac. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 61.
80) De caus. et sign. diut. morb lib. II. cap. II. K. str. 137.
81) Ibidem cap. XI. K str. 167.
82) L. c.
83) L. c.

## V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

**Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 20 kwietnia 1904 r.**

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 30.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przyjęto na członków Towarzystwa koll. Józefa Bogdanika i Bernarda Steinberga.

III. Uchwalono wniosek Komitetu w sprawie współdziałania Komisyi przemysłowo-lekarskich Towarzystw lek. lwowskiego i krakowskiego w tym względzie, że przetwory, polecone przez jedno Towarzystwo, bez żadnych dalszych badań zostaną polecone przez drugie Towarzystwo.

IV. Kol. Żeleński wygłosił zapowiedziany odczyt: „O pojawianiu się ciałek szpiku kostnego (myelocytów) we krwi niemowlęcej“ (na podstawie badań, prowadzonych wspólnie z kol. Teodorem Cybulskim). (Rzecz przeznaczona do druku.

W dyskusyi zapytuje kol. prof. Ciechanowski, czy zwracano uwagę na pojawianie się polychromatofilii i ciałek czerwonych z ziarnistościami, oraz na stosunek tych zjawisk do myelocytozy?

Kol. Gertler zwraca się do prelegenta z zapytaniem, czy oznaczano dokładnie czas brania krwi do badań drobnowidowych, gdyż u dzieci odgrywa wielką rolę t. zw. leukocytoza trawienna, która może

mącić obrazy, otrzymane przez prelegenta. Jaksch wykazał, że po nakarmieniu dzieci zupełnie zdrowych występuje leukocytoza ogromnie wzmożona, połączona z wielką ilością myelocytów, a zależąca od doprowadzenia istot białkowatych do ustroju. Pohl wywoływał leukocytozę u psów, którym po 18-godzinnem poszczeniu wprowadzał różne pokarmy i przekonał się, że przez wprowadzenie zwłaszcza istot białkowatych wywołać można leukocytozę, rozpoczynającą się po upływie 1 godziny, a dochodzącą do *maximum* po upływie 3 godzin. Trudności jeszcze większe mamy przy badaniu krwi chorych noworodków. Hayem i Rieder wykazali, że u zupełnie zdrowych noworodków znaleźć można w pierwszym dniu życia podwójną, a czasem i potrójną ilość leukocytów z myelocytami, dochodzącą do *maximum* w 3 i 4 dniu. poczem znowu opada i dopiero w 2 i 3 tygodniu się podnosi o 50 procent Wspomniani badacze przypuszczali, że ustrój, odłączony od matki, oddziaływa zwiększoną leukocytozą, aby się uchronić od niekorzystnego wpływu warunków i otoczenia, w jakich nagle po urodzeniu się znajduje.

Kol. Borzęcki zaznacza, że badania krwi u dotkniętych kiłą wczesną, wykonane przez Justusa, Reissa, Biegańskiego i innych, wykazały, że ulega ona pewnym zmianom, polegającym głównie na zwiększeniu się liczby leukocytów i zmniejszeniu hemoglobiny. Leczenie rtęciowe usuwa te zmiany. Uderzającem jest odmienne zachowanie się pod tym względem krwi u niemowląt z kiłą odziedziczoną, u których zmiany we krwi, odnoszące się głównie do znacznej ilości myelocytów, nie ustępowały, mimo leczenia swoistego, jak to prelegent zaznaczył.

Kol. Żeleński na zapytanie kol. prof. Ciechanowskiego odpowiada, że w przypadkach ciężkiej niedokrewności spotykał polychromatofilię dość często, zwłaszcza przy barwieniu mięszaniną eozyny i błękitu metylenowego. Polychromatofilia dotyczyła najczęściej ciałek czerwonych z jądrami tak, że gdyby nie równoczesne barwienie innymi sposobami, to postaci te byłyby we krwi trudne do rozpoznania. Co do leukocytozy trawiennej, wspomnianej przez kol. Gertlera, to niema ona żadnego wpływu na obecność ciałek szpiku kostnego we krwi. W odpowiedzi na uwagi kol. Borzęckiego zaznacza prelegent, że badania tyczące się niedokrewności, towarzyszącej kile, czynione były jedynie mimochodem, gdyż dla przyczyn zewnętrznych kliniczne spostrzeganie w tym kierunku było niedostateczne. Na podstawie własnej obserwacyi, jak również poglądów innych autorów, prelegent sądzi, że należałoby rozróżnić dwa rodzaje niedokrewności, rozwijającej się pod wpływem kiły u niemowląt. Jedna, to zwykła niedokrewność wtórna, towarzysząca wyniszczającej chorobie i ta prawdopodobnie jest analogiczną z niedokrewnością u dorosłych, a wspomnianą przez kol. Borzeckiego. Druga, to występująca niekiedy w następstwie kiły, typowa niedokrewność niemowlęca z obrzmieniem śledziony i odczynem ciałek czerwonych z jądrami i tę właśnie niektórzy autorowie uważają za zmianę niejako »parasyfilityczną«. Rozwija się ona zwykle po ustąpieniu objawów kiły, n. p. w jednym z przypadków prelegenta u 13-miesięcznego dziecka, które przed rokiem okazywało objawy świeżej kiły. Na ten typ niedokrewności leczenie swoiste zdaje się nie mieć żadnego wpływu. Co do pojawiania się ciałek szpikowych, to obecność ich zdaje się zależeć od działania bezpośredniego jadu kiłowego na szpik kostny i zmniejsza się szybko pod wpływem działania rtęci.

V. Kol. Habicht wygłosił odczyt: »O t. zw. „typhus diagnosticum“ Fickera, (z demonstracyą).

Prelegent przedstawia sposób postępowania przy próbie Fickera, okazując na dwóch przypadkach duru brzusznego odczyn dodatni, zaznaczając przy tem, że w 10 przypadkach tej choroby zawsze odczyn występował, podczas gdy u ludzi zdrowych lub dotkniętych inną chorobą, nigdy odczynu nie spostrzegał. Wartość „typhus diagnosticum“ jest zupełnie analogiczną z próbą Widala; będąc przytem przystępnem każdemu lekarzowi i w każdym czasie, ma ono wielką wartość rozpoznawczą. By zbadać przyrodę „typhus diagnosticum“ Fickera, wykonał prelegent dwojakie próby: po pierwsze z hodowlą prątków durowych w zawiesinie z rozcz. fizyolog., ogrzewaną przez godzinę do 58°; powtóre z hodowlą bulionową, zabitą formaliną (1:100). Obydwie powyższe zawiesiny prątków durowych, zabite przez to postępowanie, nie traciły własności aglutynowania się (owszem własność ta się wzmagała), a badane porównawczo z „typhus diagnosticum“ Fickera dawały analogiczne wyniki. Stąd wniosek, że prawdopodobnie Ficker użył do sporządzania swego przetworu jednego z powyższych sposobów, lub też że w ten sposób można otrzymać zupełnie równowartościowe z „typhus diagnosticum“ zawiesiny bakteryi, w celu wykonywania prób z aglutynacyą makroskopową.

W dyskusyi nadmienia kol. Gertler, że używał przytoczonego przez prelegenta sposobu Assakawy do badań makroskopowej aglutynacyi paciorkowców. Nie zamrażał sztucznie. lecz ponieważ doświadczenia robił w styczniu, wystawiał rurki na działanie mrozu, a następnie hodowle odmrażał. Przekonał się, podobnie jak prelegent, że sposób ten nie ma żadnej wyższości nad pozostawieniem hodowli w cieplocie pokojowej, a tem mniej nad zastosowaniem ciepłoty 42° C., w której aglutynacya najszybciej występowała.

Kol. Eisenberg zaznacza, że próba Widala tylko przy uwzględnieniu krytycznem różnych czynników może mieć znaczenie rozpoznawcze, że tedy byłoby pożądanem przynajmniej dla celów klinicznych na wzór „typhus diagnosticum“ uzyskać analogiczne płyny z bakteryi rzekomodurowych obu typów i z bakteryi zatruć mięsnych. Zaznacza dalej usługi, jakie płyn w rodzaju „typhus diagnosticum“, pozwalając na ujednostajnienie techniki aglutynacyjnej, może oddać zarówno przy teoretycznych badaniach nad tem zjawiskiem, jakoteż przy praktycznych jego zastosowaniach. *(Streszczenia własne).*

*Dr. Ryszard Urbanik*, sekretarz doroczny.

---

## VII. Wiadomości bieżące.

*Kraków, dnia 2 czerwca.*

* Zgromadzenie Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych, które odbyło się podczas Zielonych świąt w Krakowie, powzięło między innemi następujące uchwały: 1) Zgromadzenie przypomina potrzebę reformy i rozszerzenia wychowania fizycznego młodzieży; 2) uważając nadzór lekarski nad szkołą za jeden z najdzielniejszych środków podniesienia poziomu nietylko fizycznego zdrowia lecz i moralnego prowadzenia się młodzieży, — ponawia żądanie ustanowienia lekarzy szkolnych, przy szkołach średnich.

* Egzamina na lekarzy rządowych (fizykackie) przed komisyą krakowską złożyli następujący lekarze: J. Pacyna, T. Kwiatkowski, B. Komorowski, A Michnik i T. Płochocki.

* Kierownikiem sanitarnego oddziału katolickiego, urządzonego przez arcybiskupa warszawskiego, jest Dr. Szczeniowski.

* Naczelnikiem wydziału sanitarnego intendentury w Charbinie mianowany został Tadeusz Kurella.

* Przed 10 dniami rosyjskie władze wojskowe ponownie powołały 25 lekarzy z Królestwa Polskiego na plac boju; tym razem los padł na seryę, która skończyła uniwersytet przed 14—15 laty. Z pierwszej grupy lekarzy polskich, która przed 2 miesiącami udała się do Mandżuryi, 6 dostało się do niewoli japońskiej.

* Wpływ wojny japońsko-rosyjskiej na stosunki handlowe materyałami aptecznymi uwydatnił się podniesieniem ceny wosku japońskiego, koperku, galasówek, a w szczególności kamfory.

* W Warszawie, pod kierunkiem Dr. Moczulskiego, została urządzona wziewalnia do leczenia chorób dróg oddechowych. Przyrządy, zastosowane w tym zakładzie, są pomysłu Dr. Heryngа. Zakład mieści się przy ulicy Kruczej Nr. 49.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy w dalszym ciągu przystąpili następujący nowi członkowie: koll. Damański Emanuel (Lwów), Ruff S. (Lwów), Prof. Sieradzki Włodzimierz (Lwów) i Biblioteka słuchaczów medycyny we Lwowie.

*Dr. Langie*, generalny sekretarz.

* Rząd niemiecki, pragnąc uchronić społeczeństwo od fałszowanych surowic leczniczych, postanowił, ażeby te tylko surowice znalazły się w handlu aptecznym, które zostaną z urzędu zbadane i do użycia polecone. Na razie rząd niemiecki przekazał czynność badania surowic Instytutowi doświadczalnej terapii w Frankfurcie.

* W ostatniem półroczu w wiedeńskim Wydziale lekarskim było słuchaczów 1745. Według krajów liczba ta rozkłada się, jak następuje: na Dolną Austryę przypadało słuchaczów 399, na Morawy 138, na Czechy 122, na Węgry 80, na Górną Austryę 78, na Galicyę 72, na Krainę 27, na Śląsk 30, na Pobrzeże 29, na Bośnię i Hercegowinę 24, na Kroacyę 19, na Dalmacyę 20, na Siedmiogród 16, na Tyrol 26, na Styryę 18, na Karyntyę 13, na Bukowinę 18, na Istryę 15, na Sławo-

nię 16, na Solnogród 4. na Gorycyę z Gradyską 3, na Voralberg 4. Z słuchaczów obcokrajowych było z Niemiec 30. z Rosyi 161, z Rumunii 50, z Serbii 55, z Bułgaryi 15, z Ameryki 216 (z tych 213 kobiet). Z liczb tych wynika, że Wszechnica wiedeńska nie przestała być ogniskiem, gromadzącem w swoich murach młodzież środkowej Europy, szukającą wyższego wykształcenia.

* W Antwerpii zmarł na »śpiączkę« 24-letni mężczyzna, który niedawno powrócił z Kongo. Ma to być pierwszy przypadek tej choroby u ludzi rasy białej.

* Między 17 a 23 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (2 gm.), drohobyckim (2 gm.), gródeckim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (3 gm.), lwowskim (2 gm.), mościskim (1 gm.), nadwórniańskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), rawskim (4 gm.), skałackim (2 gm.), starosamborskim (1 gm.), stryjskim (3 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), turczańskim (7 gm.), zaleszczyckim (1 gm.), złoczowskim (2 gm.).

Stwierdzono ospę w dwóch gminach powiatu kolbuszowskiego.

**Mianowania i odznaczenia.** Dr. A. Szymanowskij mianowany został profesorem okulistyki w Kijowie. Dr. Orłow mian. profesorem chemii w Tomsku.

**Nekrologia.** Dr. Karamitsas, prof. med. wewn. zmarł w Atenach. Dr. Marya Sawicka, lekarz przy gimnazyum kiszyniowskiem, zmarła w wieku lat 50.

**Bibliografia:**

— *Medycyna* Nr. 21. Żebrowski: O wpływie tyreoidyny na liczbę czerwonych ciałek i zawartość substancyi suchej krwi i o stałości odsetka wody we krwi ludzkiej. Sterling: O porażeniu astenicznem (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 21. Janczurowicz: Przypadek pleśnicy żołądka, wywołanej przez nieopisywanego dotychczas pasorzyta, oraz ogólny pogląd na obecność pleśni w żołądku i ua ich znaczenie kliniczne. Stankiewicz: Jaka jest granica doszczętnego leczenia przepuklin? (dok.).

— *Postęp okulistyczny* Nr. 5 Noiszewski: Powstawanie i rozkład wyobrażeń wzrokowych. Liebarmann: Czy istnieje akomodacya ócz, pozbawionych soczewki i jak ją wytłómaczyć? Wicherkiewicz: W sprawie akomodacyi ócz bezsoczewkowych.

— *Kronika lekarska* Z. 10. Mikiaszewski: O wpływie fizyologicznym zabiegów gorących na ustrój (dok.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 21. Syllaby: Serum krevni u bledničky. Zabradnický Zpráva o 604 kýlách v nemocnici německobrodské operovaných (c. d.). Šantrůček: Léčeni hydrokely (dok.). Šebor: O vzájemném vztahu mezi tĕhorenstvi a nĕkterými chorobami vnitřnimi (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 40. Reclus: Początki i kierunki nowoczesnej chirurgii. Zimmern: Zagadnienia bieżące w zakresie widzy.

Nr. 41. Dentu: Mięsaki pochwy w wieku dziecięcym. Romme: Fotochemia i fototerapia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 21. Siemerling: Wartość badania cieczy rdzeniowo-mózgowej dla rozpoznania chorób nerwowych i umysłowych. Bial: O pochodzeniu pentozuryi jako nieprawidłowości rodzinnej. Jansen: Zachowanie się faradyczno-skórnego czucia po zastosowaniu zabiegów wodoleczniczych. Többen: O wrzodliwem zapaleniu gardła i jamy ustnej. Kisch: Otyłość jako znak zwyrodnienia. Cassel: Dziedziczne kiłowe zapalenie nerek u osesków i płodów niedoszonych. Volhard: O tętnie wątrobowem i o wyrównaniu przy wadach zastawek (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 21. Kapralik: Doświadczenia nad działaniem tuberkuliny, wprowadzonej do dróg oddechowych. Lederer: Przeżuwanie u ludzi i stosunek jego do krwawiączki. Kleinböck: Rzekoma dusznica bolesna na tle histerycznem. Radioskopia. Effertz: Fizyologia i socyologia kazirodztwa między ojcem i córką u Indyan.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 21. Erb: Dysbasia na tle miażdżycowo-naczyniowem. Lion: Metody do wykonywania odczynu Gruber-Widala. Jordan: O ropnicy z przebiegiem przewlekłym. Rosenbach: Uwagi nad rozpoznaniem czynnościowem z szczególnem uwzględnieniem opukiwania serca. Baermann i Linser: Przyczynek do chirurgicznego leczenia i histologii owrzodzeń po X-promieniach. Dreuw: Zastosowanie suprareniny w przyżeganiu wzgórka nasiennego. Goldschmidt: O osobliwych przyczynach obustronnej puchliny nerkowej; zastawowe zamknięcie ujść obydwóch moczowodów przez fałd błony śluzowej pęcherza. Hahn: Statystyka, uzyskana podczas szczepień. Groth: Najprawdopodobniejsze granice naturalnego a sztucznego odżywiania w Monachium i ich wpływ na śmiertelność osesków. Althaus: Przypadek laryngotomii w celu usunięcia ciała obcego u 10 miesięcznego dziecka. Krone: Działanie X promieni na narządy wewnętrzne. Dessauer i Wiesner: Dalsze uwagi nad techniką prześwietlania. Köbner: Smugi rozszerzone na skórze. Brüning: Wrodzony wybujały jednostronny wzrost.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 22. Ribbert: O układzie naczyniowym i uleczalności nowotworów. Lewin: Przyczynek do farmakologii garbnika i formy jego stosowania. Jolowicz: O weronalu. Gramann: Surowicze rozpoznanie duru brzusznego zapomocą „diagnosticum" Fickera. Halberstaedter: Przyczynek do nauki o uczulaniu. Katzenstein: Nowy sposób badania czynności serca. Fraenkel: O cieśni oskrzelowej (dok.).

**Redakcya otrzymała:** Nawroczyński: Dna albo łamiec, jego istota, objawy, przebieg i leczenie. Gościec przewlekły. Tężec przyranny.

## Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 21 (od 22/V do 28/V) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 21, dz. 26; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 17, kob. 23; zamiejscowych: męż. 13, kob. 8.

**Przyczyna śmierci:** 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1. obcych —. 2) gruźlica: miej. 15, ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 9, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 2. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2. ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 1. ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 6, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 40, obcych 21.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

## Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych

patrz następną stronicę.

# Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.



## I. Zdrojowiska krajowe:

### Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

### Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr **Stauber.**

### Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).
Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

### Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).
Dr. **Zanietowski Józef,** jun., lekarz zakł.

### Kosów
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

### Krynica.
Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon,** lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem“).

### Maryówka pod Lwowem.
Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

### Ojców.
Dr. **Niedzielski St.,** dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.,** asystent dyrektora.

### Rabka.
Dr. **Lang,** lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

### Rymanów.
Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

### Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf,** (dom „pod Attylą“).
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego dolnego i pensyonatu.

### Truskawiec.
Dr. **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

### Zakopane.
Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

### Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

## II. Zdrojowiska zagraniczne:

### Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

### Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental“).

### Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz Stefan,** lekarz zakł.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

### Franzensbad.
Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen“).

### Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ IV).

### Wyspa Grado obok Tryestu.
(Kąpiele morskie i piaskowe.)
Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

### Karlsbad.
Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen“)
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau“).
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva“).
Dr. **Maleszewski Wł.,** (Alte Wiese, „Drei Staffeln“).

### Kissingen.
Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.,** (Villa „Elsa“).

### Kołobrzeg.
Dr. **Weissenberg Józef,** (zimą *Nervi*).

### Marienbad.
Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo“).

### Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

### Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

L. 663/04.

## Konkurs.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego w tutejszej gminie z płacą roczną 800 koron i różnemi dodatkami, wynoszącymi blisko 300 koron, rozpisuje się niniejszem konkurs.

Podania należycie udokumentowane, a szczególnie zaopatrzone dowodem odbytej przynajmniej dwuletniej praktyki lekarskiej, wnieść należy najdalej do dnia 15 czerwca 1904 na ręce tutejszej Zwierzchności gminnej.

Nadmienia się, że z dniem 1 stycznia 1905 ma być tu otwarty Sąd i Urząd podatkowy.

Bołszowce, dnia 5 maja 1904. 181

Burmistrz.

---

L. 1905.

## KONKURS.

Wydział powiatowy w Buczaczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Uściu zielonem z płacą 1000 kor. i 600 koron na objazdy rocznie.

Do okręgu należy 11 miejscowości. Apteka w miejscu. Warunki określone ustawą z d. 2 lut 1891 Dz. u. kr. Nr. 17. Termin do wnoszenia podań do 15 czerwca b. r.

Lekarz okręgowy będzie mógł za osobnem wynagrodzeniem ze strony Urzędu gminnego w Uściu zielonem spełniać obowiązki lekarza miejskiego 188

Z Wydziału powiatowego: Buczacz 23 maja 1904. Zastępca Prezesa: Dr. Krzyżanowski.

---

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. Romualda Płaskowskiego, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1906 za pracę z dziedziny psychiatryi, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim. w terminie od dnia 1 kwietnia 1904 do dnia 31 marca 1906 r., bądź też w rękopisie Towarzystwu lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specyalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych.

Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1906 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda Rb. 512 kop. 43. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie" (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem, co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w „Pamiętniku Towarzystwa", zwraca się na własność autora.

186 Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

---

# Dr. Michał Śliwiński 168

ordynuje jak dawniej **w KARLSBADZIE, Mühlbrunnstrasse, „König v. Preussen".**

---

**! MATTONIEGO GIESSHÜBLER !**

**najobficiej alkaliczna woda mineralna**

**SZCZAWIOWA**

**napój orzeźwiający stołowy,**

**skuteczny bardzo na kaszel w chorobach azyl katarach żołądka i pęcherza.**

**Henryk Mattoni, Karlsbad i Wieden.**

5

---

Lekarze Polacy ordynujący 180

# w KARLSBADZIE:

**Goldwasser (okulista), Hassewicz, Max. Kaufmann, Oskar Kaufmann, Kołaczkowski, Kostecki, Kretowicz, Kropf, Maleszewski, Moraczewski, Rifczes, Rosenzweig, Scharf, Schermant, Śliwiński, Süsskind, Toepfer, Wasserthal.**

---

# JAWORZE koło Bielska na Śląsku.

Zakład leczniczy, położony na wysokości 380 metrów w bezpośredniem sąsiedztwie pasma Beskidów, ponad 1000 metrów wysokiego Zakład wodoleczniczy i elektryczny, nowo urządzone kąpiele borowinowe. Sanatoryum zimowe, piękny park, nadający się do kuracyj terenowych i klimatoterapii. Restauracya we własnym zarządzie, wygodne mieszkania po nizkich cenach. Stacya kolei, poczta, telegraf, apteka na miejscu. **Kierownictwo lekarskie objął dr. Zanietowski,** b. asystent uniw. i b. lekarz w „Therapia Palace" i kierownik Zakł. leczniczych Informacyi udziela administracya.

301 **CARL FORNER.**

---

## Kalle i Spka., chem. fabryka Biebrich n. Renem.

**Oddział wyrobów farmaceutycznych.**

**Orexin-Tannat** — Najlepsze stomachicum, bez smaku działa pewnie **w braku łaknienia, hyperemesis gravidarum**, nudnościach podczas **jazdy koleją lub okrętem. Orexynowe kołaczyki i orexynowe kołaczyki czekoladowe** po 0,25 gr.

**Bismutose** — Pewne w działaniu, nieszkodliwe **adstringens w chorobach jelit;** łagodne **protectivum w ulcus ventric., hyperaciditas** i t. d.
**Dawka:** dla dorosłych 3—5 gr. co godz., dla dzieci 1—2 gr. w miksturze lub kleiku ryżowym co godz. łyżeczkę kawową.

**Dormiol** — Skuteczny **środek nasenny** w dawkach po 0.5 do 3,0 gr. Podobny w działaniu jak chloralhydrat—jednak nie wywołuje żadnych ubocznych objawów.
**Dormiolowe kapsułki** po 0,5 gr.

**Jodol** — Przetwór, zastępujący najlepiej jodoform, bez zapachu i nietrujący, stosowany we wszystkich chorobach kiłowych, również z dobrym skutkiem wewnętrznie (w dawce 0,4—2 0 pro die), zamiast Kali jodatum.

**Menthol-Jodol** — Nadaje się szczególnie do wdmuchiwań w praktyce rino -laryngologicznej. 8

**Literatura na żądanie opłatnie.**

---

## KROWIANKĘ

Z C. K. ZAKŁADU KROWIANKOWEGO WE WIEDNIU

POLECA W. PANOM LEKARZOM

APTEKA F. GRALEWSKIEGO

W KRAKOWIE, UL. SZCZEPAŃSKA 1.

**1 FIOLKA 90 hal.**

Przy wysyłce pocztowej w zwykłym liście 1 kor.

Zamówienia zamiejscowe - wysyła się odwrotnie. -

178